

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 147

LE
GOITRE CANCÉREUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXIS CARREL-BILLARD

*Ancien interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de Lyon*

Né à Sainte-Foy-les-Lyon, le 28 juin 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 147

LE
GOITRE CANCÉREUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

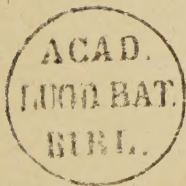
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXIS CARREL-BILLARD

*Ancien interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de Lyon*

Né à Sainte-Foy-les-Lyon, le 28 juin 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN,
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLÉTON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.)	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES

M. le professeur Teissier, que je remercie de ses savantes leçons et de la bienveillance qu'il m'a témoignée.

MM. Lannois, Pic, Lyonnet, médecins des Hôpitaux,

M. le professeur Maurice Pollosson,

M. le professeur Laroyenne,

M. Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille; depuis le début de mon internat, il m'a donné soit à l'Hôpital, soit à la Faculté, des leçons dont je n'oublierai pas le grand intérêt.

MM. Gangolphe, Vallas, Jaboulav, chirurgiens-majors de l'Hôtel-Dieu; MM. Rollet et Albertin, chirurgiens des Hôpitaux, M. le professeur agrégé Condamin; M. le professeur agrégé Durand; M. le professeur agrégé Bérard; M. Delore, chef de clinique chirurgicale;

M. le professeur Testut, sous la haute direction

duquel je suis particulièrement heureux d'avoir pu travailler depuis trois ans, à la Faculté.

M. le professeur Poncet ; je le remercie profondément de son enseignement clinique, des nombreux conseils qu'il m'a donnés pour la rédaction de ce travail et de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse ;

Je suis heureux de leur exprimer, en tête de ces pages, ma très vive reconnaissance, et je les prie de vouloir bien recevoir l'assurance de mon respectueux dévouement.

PREFACE

La fréquence des goitres cancéreux à la clinique, de M. le professeur Poncet, l'importance considérable prise dans ces dernières années par la glande thyroïde au point de vue pathologique et physiologique, la nécessité de mieux connaître l'histoire de ses dégénérescences, afin de pouvoir les combattre de manière plus efficace, nous ont engagé à étudier la thyrocarcinose, ses conditions de développement, son aspect clinique et anatomique et les procédés de traitement dont elle est justiciable.

L'école chirurgicale de Lyon a contribué pour une large part aux progrès réalisés dans l'étude des affections de la glande thyroïde en général, et du goitre cancéreux en particulier. Grâce aux travaux de M. Poncet, de M. Jaboulay, de MM. Rollet, Bérard, Orcel, Rivière, Bertrand, etc., grâce aux recherches anatomiques et cliniques de M. Bard, beaucoup de points intéressants de l'évolution du goitre simple et du goitre malin ont été élucidés.

La glande thyroïde, comme tout organe vivant de manière intense, est un vaste champ d'observations pathologiques du plus grand intérêt, dans les pays surtout où elle est soumise à cette influence mystérieuse qui produit le goitre. Aussi sommes-nous très reconnaissant à M. le professeur Poncet d'avoir bien voulu nous indiquer ce sujet de recherches et, en mettant à notre disposition les riches matériaux de sa clinique et de son laboratoire, de nous avoir aidé constamment de ses conseils et de sa haute expérience. Nous avons trouvé aussi, auprès de son assistant, M. le professeur agrégé Bérard, de M. Delore, chef de clinique, et de M. Dor, chef du laboratoire, une direction dont nous avons apprécié à la fois, la valeur scientifique et la grande bienveillance.

Nous nous sommes servi presque uniquement, dans ce travail, des observations recueillies dans les hôpitaux de Lyon (1). Après avoir lu la plupart des cas de goitre cancéreux, publiés en France, en Allemagne, en Autriche et en Italie, nous n'en avons mentionné, cependant, qu'un petit nombre,

(1) Nous remercions respectueusement M. le docteur Bouyeret, M. le docteur Mouisset, M. Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, des observations qu'ils nous ont communiquées. Nous remercions aussi M. le docteur Tixier, M. le docteur Bernoud, MM. Patel, Vianuay, Tolot, internes des Hôpitaux, des intéressantes observations dont il nous ont fait part; M. le docteur Bonne, de ses préparations de glande thyroïde normale et pathologique; MM. les docteurs Thevenet et Genevet, des coupes qu'ils ont eu l'amabilité de faire pour nous.

parce que, dans nos observations lyonnaises, il est possible de trouver tous les types de thyrocarcinose.

En écrivant cette étude générale du cancer thyroïdien, nous nous sommes attaché surtout à décrire les conditions de développement du néoplasme, les symptômes qui permettent de dépister de bonne heure sa présence au milieu de la glande, les détails anatomiques de son développement et leurs rapports avec le traitement opératoire, afin de connaître ainsi les moyens de prévenir et de combattre cette redoutable affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETIOLOGIE

SOMMAIRE. — 1° *Influence du milieu sur le développement de la thyro-carcinose ; les pays goitrigènes sont les plus riches en cancers thyroïdiens.* — 2° *Influence des conditions individuelles : sexe, âge, maladies antérieures, état moral.* — 3° *Influence de l'état de la glande.* — *Conclusions.*

Nous ne rechercherons pas les causes intimes de la dégénérescence maligne de la glande thyroïde. En l'absence de toute base solide, les hypothèses auxquelles on a recours pour expliquer l'origine et la nature du cancer, ne servent qu'à voiler notre ignorance absolue. Il est donc inutile, à l'heure présente, de nous attarder à des considérations trop imprécises encore, pour être utilisées dans le traitement prophylactique ou curatif de la maladie qui nous occupe. Il vaut mieux, en analysant de façon aussi exacte que possible, l'état du *milieu*, de l'*individu* et de la *glande*, où se produit habituellement le néoplasme, essayer de connaître les causes prédisposant à la thyro-carcinose, afin de pouvoir les sup-

primer, s'il est possible, et d'agir, ainsi, de manière indirecte sur cette redoutable affection.

1^o **Influence du milieu.** — Tous les pays ne sont pas également fertiles en cancers thyroïdiens, qui, presque inconnus en certaines régions, se montrent souvent dans les localités riches en goitreux. Le nombre des tumeurs bénignes et celui des tumeurs malignes, subissent des oscillations parallèles; où le goitre abonde, le cancer est fréquent.

C'est ainsi que Lyon, placé au milieu d'une vaste zone goitrigène, est une des villes d'Europe les plus favorisées à ce point de vue. Considéré comme une chose rare, dans beaucoup de centres chirurgicaux, le cancer du corps thyroïde s'observe assez souvent dans nos hôpitaux, pour que nous ayons pu en rassembler quatre-vingt-trois observations, recueillies, pour la plupart, à la clinique de M. Poncet. Il est très vraisemblable, d'ailleurs, qu'un certain nombre de malades nous ont échappé, et sont morts avec le diagnostic de goitre simple ou de thyroïdite. Le cancer thyroïdien devient plus fréquent depuis qu'on le recherche plus attentivement. Les thèses d'Orcel et de Bertrand ont déjà attiré l'attention sur cette maladie, et les années suivantes, les observations s'en sont multipliées.

Depuis le mois de novembre 1899, jusqu'au mois de mai 1900, nous avons vu, soit à la clinique, soit dans les autres services des hôpitaux de Lyon, plus de quinze malades, atteints de tumeur thyroïdienne maligne. C'est donc une affection beaucoup moins

rare qu'on ne le croit généralement et dont la fréquence augmentera encore, lorsque les médecins la connaîtront bien.

Il est vrai que Lyon se trouve être en quelque sorte au centre de régions où l'endémie du goitre est particulièrement intense, à la tête desquelles se placent les profondes et misérables vallées des Alpes, la plupart des villages de la Haute-Savoie, de la Maurienne, de la Tarentaise, des Hautes-Alpes, un grand nombre de cantons de l'Isère, de l'Ardèche, de la Loire, du Rhône... etc. La ville de Lyon elle-même, est loin d'être indemne et le nombre des goitres y est assez élevé, toute défalcation faite des goitres immigrés.

La fréquence des goitres et la fréquence des tumeurs malignes du corps thyroïde semblent être unies par des liens étroits.

L'enquête de la *Commission française* (1861-1873) a montré que, parmi les régions goitrigènes, les départements de la Savoie, de la Haute-Savoie, des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, des Basses-Alpes, etc., étaient surtout atteints.

En 1896, M. du Cazal a indiqué la répartition par départements des *réformes* prononcées pour certaines infirmités, notamment pour le goitre, par les conseils de révision, de 1887 à 1893.

Plus récemment, l'étude de la distribution géographique du goitre en France a été reprise par notre ami et collègue, M. Lucien Mayet, qui a donné comme base à sa statistique les relevés de la totalité des cas d'*exemption* pour goitre, *réformes* et *classe-*

ments dans les services auxiliaires de l'armée, qui se sont produits de 1887 à 1896, soit pendant une période de dix années. Cette étude a précisé, d'après les documents les plus récents, ce point particulier de l'étiologie du goitre : sa distribution à la surface du territoire.

La carte, tracée par M. Mayet, met bien en lumière la proportion considérable des goitreux dans les départements du Sud-Est de la France. C'est là une constatation dont il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance au point de vue des faits qui nous préoccupent.

On comprend pourquoi, dans les hôpitaux de Lyon — vers lesquels convergent les malades des régions où l'endémie du goitre présente son maximum d'intensité — le cancer thyroïdien est assez fréquemment observé.

Bien que le nombre total des goitreux paraisse avoir diminué depuis un demi-siècle, en France, il n'en reste pas moins très élevé et le chiffre de 450.000—500.000 qui a été proposé (Baillarger) est un chiffre minimum certainement au-dessous de la réalité.

En résumé, les pays à goitre sont aussi les plus riches en cancer, et les courbes de fréquence de ces deux affections s'élèvent ou s'abaissent simultanément.

La fécondité en tumeurs malignes des vallées profondes des Alpes et des Cévennes, est due, en partie, à la misérable existence des montagnards, soumis pendant toute leur vie à l'action mystérieuse

qui, en ces pays, s'exerce sur la glande thyroïde et dont le goitre, le crétinisme et le myxœdème, et peut-être le cancer, sont les manifestations les plus habituelles. Beaucoup de malades ont toujours vécu dans ces pays pauvres, au climat rigoureux et à l'hygiène déplorable, où les conditions de l'existence sont particulièrement dures. Vienne l'âge du cancer qui, en dehors d'une cause nettement définie, peut être considéré comme une maladie de misère, de déchéance physiologique et morale, la glande thyroïde, déjà malade et adénomateuse, lui offre un terrain bien disposé sur lequel il s'établit.

Mais les hôpitaux de Lyon voient passer beaucoup de goitres malins pour d'autres raisons que leur situation géographique. Les travaux de MM. Poncet, Bard et de leurs élèves Rollet, Orcel, Rivière, Bertrand, Gruié, ont attiré l'attention des médecins sur la pathologie de la glande thyroïde, et ainsi des cas sont diagnostiqués qui, dans d'autres régions, auraient passé inaperçus. A la vérité, chacun peut faire le diagnostic du cancer thyroïdien normal, mais, pour le dépister lorsqu'il prend l'aspect décrit par M. Bard sous le nom de « forme médicale », il faut y songer et le rechercher systématiquement.

Dans les autres villes de France, le goitre malin est beaucoup moins fréquent. A Paris cependant, on publie chaque année des observations de cancer, mais en petit nombre, et, depuis les thèses de Boursier et de Coulon, aucun travail important n'a été fait sur ce sujet. Les chirurgiens de Bordeaux

en ont observé plusieurs cas fort intéressants, qui sont consignés dans la thèse récente de Duboé, mais ces observations sont peu nombreuses.

Il s'agit, d'ailleurs, de pays où le goitre est assez rare, quoique, dans le midi de la France, les vallées des Pyrénées constituent un centre goitrigène où l'on doit, très probablement, trouver de nombreux cas de cancer.

Quant aux départements du nord, ils jouissent d'une immunité presque complète vis-à-vis des tumeurs thyroïdiennes.

La répartition géographique du cancer thyroïdien en Allemagne, en Autriche, en Suisse et en Italie montre aussi que les pays les plus riches en tumeurs malignes sont ceux où se trouve le plus grand nombre de goitreux (1).

En Suisse, les travaux de Kocher et de Roux, en Allemagne, les thèses nombreuses publiées sur ce sujet à Wurtzbourg (2), à Strasbourg (3), à Kiel (4), à Munich (5), à Marbourg (6), à Greifswald (7), enfin de récentes publications autrichiennes (8) et ita-

(1) Voir la carte de Bircher, à la fin du travail d'Ewald, *in* *Specielle Pathologie und Therapie*.

(2) Wurtzbourg. — Thèses de Schmidt, Andresen, Petrakides, Schmalbach, Boetticher, Hesse, Pfeiffer, Erlanger, Hahne.

(3) Strasbourg. — Travaux de Böckel, de Madelung, d'Enrique Carranza.

(4) Kiel. — Thèses de Karl Fürer, de Schutt, de Bornholdt Heinrich.

(5) Munich. — Thèses de Hase, de Peter Ritter.

(6) Marbourg. — Thèse de Metzner.

(7) Greifswald. — Thèse de Goeltz Paul.

(8) Vienne. — Hinterstoisser.

liennes (1) nous renseignent sur la répartition et la fréquence du goitre malin en ces différents pays.

En résumé, l'étude de la distribution géographique du cancer thyroïdien, en France, et dans l'Europe centrale, d'après les cartes de Bircher et de Mayet, montre qu'il y a *une corrélation constante entre son existence et celle du goitre*. Par conséquent, dans les régions goitrigènes, il faut toujours songer à la possibilité du cancer, et le rechercher attentivement.

2^o Influence des conditions individuelles. —

Le sexe, l'âge et les maladies antérieures ont une influence évidente sur le développement du cancer.

a) *Sexe*. — Les femmes sont plus exposées que les hommes au cancer thyroïdien. Notre statistique personnelle qui porte sur quatre vingt-trois cas, montre que le sexe féminin est plus atteint que le masculin, dans la proportion de cinq à trois. Et cette prédisposition s'explique bien lorsqu'on sait quels rapports étroits unissent les organes génitaux et la glande thyroïde. Chacun des incidents de la vie génitale de la femme retentit sur elle. Saine ou adénomateuse, elle manifeste souvent par des poussées congestives, l'influence qu'exercent sur elle la puberté, la grossesse et la ménopause. Il est donc possible que ces irritations, tombant sur un tissu glandulaire déjà prédisposé, soient le point de

(1) Italie. — Publications de Carle et d'Usiglio.

départ de l'évolution atypique de quelque cellule thyroïdienne.

Cette explication, d'ailleurs, n'est qu'une bien vague hypothèse, et la nature intime du phénomène nous échappe. Le fait demeure certain.

Maintes et maintes fois, nous avons vu des cancers se développer à la suite d'une grossesse, d'un accouchement, et surtout de la ménopause.

Ces femmes racontaient parfois que, depuis longtemps, leur corps thyroïde présentait une grande susceptibilité et augmentait beaucoup de volume à chaque grossesse, par exemple, pour revenir ensuite à ses dimensions normales. A un moment donné, à la suite d'une poussée analogue aux premières, il reste volumineux, s'accroît encore, et le cancer apparaît.

La plupart des auteurs admettent cette inégale répartition dans les deux sexes. Les statistiques anciennes de Lebert, de Coulon (6 fois chez l'homme et 13 fois chez la femme), et d'Orcel (5 fois chez l'homme et 14 fois chez la femme) portaient sur des cas trop peu nombreux pour qu'il soit possible de formuler une conclusion ferme.

Cependant Braun, examinant une série de 32 observations, rencontra aussi une plus grande quantité de femmes. L'année dernière, Gruié, qui observait, dans le service de Bard, où cependant les hommes étaient deux fois plus nombreux que les femmes, trouva, sur 20 malades atteints de cancer latent, cinq hommes seulement.

Si on examine un grand nombre d'observa-

tions, cette prédilection du cancer thyroïdien pour la femme devient bien douteuse.

Les 110 observations d'Enrique Carranza confirment nos conclusions, car elles mentionnent 49 hommes et 61 femmes.

Mais d'autre part, van Straaten, sur 73 cas, trouve 41 hommes et 32 femmes seulement.

De même Hermann Schmidt, se basant sur 124 observations, rencontre 55,36 0/0 d'hommes, et 44,44 0/0 de femmes.

En somme, il faut revenir actuellement à l'ancienne opinion de Lebert, qui croyait à une répartition à peu près égale du cancer dans l'un et l'autre sexe.

b) *Age*. — La période de la vie la plus favorable au développement du cancer s'étend de 40 à 60 ans. La plupart des auteurs ont, sur ce sujet, une opinion identique. Les premières recherches, qui portaient sur un petit nombre de cas, donnèrent des résultats à peu près semblables aux nôtres. C'est ainsi que Lebert, Coulon et Rose, pensent que l'âge moyen du goitre malin doit être placé vers 51 ans ou 55 ans,

Notre statistique est de 102 observations et a donné les résultats suivants :

Au-dessous de 20 ans.....	2 cas.
De 20 ans à 30 ans.....	3 cas.
De 30 » à 40 ans.....	14 cas.
De 40 » à 50 ans.....	25 cas.
De 50 » à 60 ans.....	25 cas.
De 60 » à 70 ans.....	26 cas.
Au-dessus de 70 ans.....	7 cas.

Hermann Schmidt, von Straaten, et Enrique Carranza, qui disposaient également de nombreuses observations, sont arrivés aux conclusions suivantes :

	van Straaten	Schmidt	Carranza
Au-dessous de 20 ans.....	—	2 cas	4 cas
— de 20 à 30 ans.	2 cas	8 »	11 »
— de 30 à 40 ans.	15 »	25 »	27 »
— de 40 à 50 ans.	19 »	34 »	30 »
— de 50 à 60 ans.	22 »	39 »	25 »
— de 60 à 70 ans.	10 »	14 »	10 »
— de 70 à 80 ans.	4 »	1 »	2 »
— de 80 à 90 ans.	—	1 »	—
Au-dessus de 90 ans.....	—	—	1 »
	72 cas	124 cas	110 cas

Les auteurs précédents se sont occupés uniquement de la forme chirurgicale du cancer thyroïdien. La forme médicale ou latente se produit chez des individus plus âgés. Gruié, qui a rassemblé 26 cas de cette catégorie, n'a trouvé qu'un seul malade âgé de moins de 50 ans.

Il existe, peut-être, quelques rapports entre l'âge du sujet et la nature histologique de la tumeur maligne. Les sarcomes ont prédilection pour les individus âgés de 50 à 60 ans, bien que Bircher l'ait rencontré chez un jeune homme de 21 ans, et que Madelung ait enlevé à une jeune fille de 15 ans un goitre sarcomateux déjà opéré trois ans auparavant par Lücke. Le carcinome atteint les sujets plus jeunes, au-dessous de 50 ans. Ce sont des distinctions par trop absolues, auxquelles il ne faut pas attacher grande importance

En somme, la strumie maligne apparaît avec son maximum de fréquence de la 50^e à la 60^e année. Mais notre statistique montre que, de 40 à 70 ans, il faut la redouter également.

Sans être absolument exceptionnel, le cancer des jeunes sujets est cependant une chose rare. Bircher et Schüh l'ont rencontré chez des individus âgés de moins de 20 ans. Lücke a opéré un sarcome chez une jeune fille de 13 ans. Nous avons vu, l'hiver dernier, dans le service de M. Maurice Pollosson, un jeune homme de 15 ans, atteint d'un épithéliome qui provoquait des troubles respiratoires tels, que la mort survint rapidement.

Le goitre malin peut donc se développer au moment de la puberté; parmi les 488 observations rassemblées par Schmidt, van Straaten, Carranza et par nous, il n'est mentionné que 8 fois.

A partir de 20 ans, sa fréquence augmente un peu, mais il est rare encore (trois fois sur 102 observations, 24 fois sur 488 observations).

De 30 ans à 40 ans, il se montre bien plus souvent, 91 fois sur 488).

Mais la véritable période des tumeurs malignes, commence vers la 40^e année, pour se prolonger jusqu'à la 70^e, avec le maximum de fréquence aux approches de 50 ans. C'est l'époque de la ménopause chez la femme, et chez l'homme, des travaux pénibles, des grandes responsabilités, des soucis et des chagrins: c'est aussi l'âge du cancer. Les graphiques de Mayet sur la fréquence du goitre aux différentes périodes de la vie, montrent une ascension brusque de

la courbe à ce moment. Ce nouveau contingent de goîtres tardifs est probablement fourni par les cancers qui se développent au moment où la glande thyroïde entre dans sa période de repos.

C'est alors aussi qu'on voit apparaître le cancer médical ou latent. Jamais il ne se produit chez les jeunes qui sont atteints, surtout des formes chirurgicales typiques, avec marche rapide, foudroyante parfois.

C. — *Maladies antérieures.* — Au début du développement du cancer thyroïdien, vient se placer souvent une maladie infectieuse, influenza ou angine, qui paraît jouer le rôle de cause déterminante. Nous avons vu, dans beaucoup d'observations, l'augmentation de volume du cou, commencer après une grippe; cette influence paraît réelle, et nous ne croyons pas qu'il s'agisse ici d'une simple coïncidence. M. Poncet a remarqué depuis longtemps quels rapports intimes existent entre les inflammations des amygdales, du pharynx et certaines tumeurs thyroïdiennes, dont la nature cancéreuse est rendue évidente par l'examen histologique. Il a observé des sarcomes qui, au moment de l'intervention, présentaient des poches remplies de pus et avaient, d'ailleurs, une allure vraiment inflammatoire. Gerolamo Gatti a publié un cas du même genre. Son malade était atteint d'un sarcome à marche rapide, avec élévation de température, rougeur et gonflement du cou. L'examen du sang montra qu'il contenait des streptoco-

ques pyogènes. Au moment de l'opération, il s'écoula un peu de pus, dans lequel on trouva également des streptocoques. Nous avons vu des malades chez lesquels l'élément infectieux paraissait avoir joué un rôle important au moment de l'établissement du cancer, mais il est bien difficile, à l'heure actuelle, de savoir par quel mécanisme l'inflammation peut agir dans la genèse des néoplasmes.

Les souffrances morales ont également une influence indiscutable. Comme, du reste, pour d'autres néoplasmes, et en particulier pour le cancer du tube digestif, c'est souvent à la suite de grands chagrins, que commence l'évolution du cancer de la thyroïde.

3° Influence de l'état antérieur de la glande.

— Le cancer thyroïdien s'établit dans une glande saine ou déjà adénomateuse.

La préexistence du goitre est le fait qui domine l'étiologie du cancer. Dans presque toutes les observations, on lit que le malade était atteint de goitre depuis plusieurs années, et que, après être demeurée tranquille pendant dix, vingt, trente ans et même davantage, la tumeur a pris soudain une allure menaçante. Orcel admettait cette préexistence trois fois sur quatre. Bertrand le ramenait aux $\frac{2}{3}$, mais en spécifiant qu'il envisageait les cancers aigus. Nous avons trouvé un goitre antérieur dans la proportion de trois fois sur quatre, et il est probable qu'il existe plus souvent encore.

Les individus, appartenant à la catégorie sociale

qui fréquente les hôpitaux, s'analysent peu, et les paysans, les manouvriers peuvent ne pas remarquer une hypertrophie thyroïdienne légère qu'ils portent cependant depuis plusieurs années. Ne nous arrive-t-il pas souvent de découvrir à un malade, entré à l'hôpital pour tout autre motif, un petit goitre dont il ne s'était jamais aperçu? Une malade de Reverdin (1), atteinte de goitre néoplasique suffocant, affirmait que sa tumeur remontait seulement à quatre mois. Et cependant, l'autopsie montra qu'avant toute tumeur maligne, un goitre colloïde avait occupé le lobe gauche de la glande.

Il est donc probable, que, dans plusieurs observations, le goitre antérieur manque, parce qu'il n'a pas été suffisamment recherché, ou que le malade ne l'a pas remarqué. Au dire de Rivière, « les Savoyards « sont fort ambitieux en matière de goitre; ils négligent une tuméfaction thyroïdienne peu prononcée; « ils considèrent même qu'elle donne à leurs femmes « comme un goût de terroir point déplaisant. »

On peut donc affirmer que la préexistence du goitre est la règle. *

Il existe cependant des cas où, d'une manière indiscutable, le cancer s'est installé dans une glande saine, ou plutôt, de volume normal. Les tumeurs qui se développent dans ces conditions ont souvent une allure spéciale et peuvent prendre la forme aiguë ou la forme latente.

(1) REVERDIN. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1897.

Les cas aigus, publiés par Rollet (1), par Rabé (2), et par beaucoup d'autres, se rapportent, soit à des individus jeunes, qui ne portaient aucune tumeur thyroïdienne apparente avant le début de leur strume maligne, soit à d'anciens goitreux.

Le cancer latent s'établit aussi de manière insidieuse dans une glande normale, mais le plus souvent, le malade est déjà porteur d'une hypertrophie du cou. Six fois seulement sur vingt cas, il n'a été précédé d'aucune augmentation de volume du corps thyroïde.

Le goitre se rencontre non seulement dans les antécédents personnels du malade, mais aussi dans son hérédité. Il appartient souvent à une famille de goitreux ; ses parents ou ses voisins sont atteints de goitres, dispositions qui achèvent de montrer quels rapports intimes existent entre les tumeurs thyroïdiennes bénignes et malignes.

En résumé ; *le cancer thyroïdien paraît reconnaître les mêmes causes occasionnelles que le cancer en général. Un fait cependant, que nous avons tenu à mettre tout particulièrement en relief, domine son étiologie : l'existence antérieure, depuis un temps plus ou moins éloigné, de lésions goitreuses et dans les cas même où un goitre apparent fait défaut, l'existence d'altérations du parenchyme thyroïdien en dehors de toute hypertrophie appa-*

(1) ROLLET. — Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë. — *Gazette Médicale de Paris*, 1888.

(2) RABÉ. — Sarcome du corps thyroïde. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1897.

rente. Cette relation entre le goitre simple et la thyro-carcinose a toujours paru si nette à M. Poncet, qu'il considère comme une indication de l'extirpation des tumeurs goitreuses, la possibilité, à un moment donné, de leur dégénérescence. Les pays goitrigènes sont donc ceux où on observera à peu près exclusivement la thyro-carcinose. Tumeurs bénignes et tumeurs malignes du corps thyroïde ont la même répartition géographique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SOMMAIRE. — A. DESCRIPTION MACROSCOPIQUE. — 1° *Lésions du corps thyroïde* configuration externe de la tumeur, volume, forme, consistance, siège ; configuration interne, cancer intra et extra-capsulaire ; 2° *Rapports de la tumeur avec les organes voisins, plans superficiels, ganglions, larynx et trachée, œsophage, vaisseaux, nerfs.*

B. HISTOLOGIE. — *Classification.* — I. *Cancer épithélial, sa fréquence, ses formes : 1° type embryonnaire très malin ; 2° type de malignité atténuée ; 3° type de malignité moyenne ; épithéliome cylindrique et épithéliome pavimenteux ; appréciation de la malignité d'une tumeur.* — II. *Cancer conjonctif, à cellules rondes et à cellules fusiformes.* — III. *Cancer endothélial.*

C. ETUDE DES MÉTASTASES. — *Le goitre métastatique doit être considéré comme une tumeur maligne ; 1° Etiologie des métastases, fréquence, époque, influence des traumatismes ; 2° Pathogénie ; 3° Structure macroscopique, métastases ganglionnaire, pulmonaire, osseuse ; structure histologique.*

Ce chapitre est divisé en trois parties : description macroscopique, description histologique, étude des métastases.

A. — DESCRIPTION MACROSCOPIQUE

La description macroscopique comprend l'étude des lésions du corps thyroïde, et celle des rapports de la tumeur avec les organes voisins.

1^o Lésions du corps thyroïde. — La *configuration externe* de la tumeur thyroïdienne varie suivant son volume, sa forme, sa consistance et son siège.

L'examen direct du néoplasme thyroïdien, au moment de l'extirpation ou pendant l'autopsie, peut seul renseigner de manière exacte sur ses dimensions. La palpation à travers les téguments est toujours incertaine, parce qu'elle est gênée par des muscles ou par des plans aponévrotiques résistants, et que des prolongements de la tumeur se cachent dans la partie profonde du cou, ou derrière le sternum. Telle tumeur, qui, à l'examen clinique, était considérée comme petite, apparaît avec des dimensions deux ou trois fois plus considérables, au cours de l'opération.

Son *volume* dépasse toujours celui de la glande thyroïde normale, quoique des noyaux encapsulés au sein d'un lobe, n'augmentent pas ses dimensions de manière appréciable. Il s'agit là de faits exceptionnels. La règle est que le cancer se traduise par une masse grosse comme un œuf ou une petite pomme et parfois comme une tête de fœtus ou une tête d'adulte. Lorsqu'il est abandonné à lui-même, et que les accidents de compression trachéale surviennent tardivement, son aspect devient formidable. C'est alors un énorme paquet débordant le maxillaire en haut, pour se porter en bas jusqu'au-dessus de la clavicule qu'il surplombe.

La *forme* de cette tumeur est aussi variable que son volume.

On ne retrouve plus la forme habituelle du corps thyroïde, sauf dans les cas très rares où la glande tout entière a subi d'emblée la dégénérescence maligne et dans les cancers opérés au début de leur évolution, à l'époque où il n'existe encore que de très petits noyaux dans l'épaisseur de l'organe. La plupart du temps, on voit un des lobes latéraux, ou plus rarement le lobe médian s'hypertrophier outre mesure, et donner à la glande un aspect irrégulier.

Lorsque la tumeur est arrondie et sa surface lisse, son aspect est absolument analogue à celui d'un goitre simple. Après la période de début, cette forme est exceptionnelle, et le cancer se présente comme une masse bosselée, dont la surface est creusée de sillons, dus à la pression des muscles ou des vaisseaux, et se couvre aussi de bourgeons irréguliers, qui enserrant les organes voisins.

Ces noyaux surajoutés sont formés par la tumeur elle-même, ou bien par des ganglions hypertrophiés, qui s'accrochent au bord postérieur du corps thyroïde et se confondent presque complètement avec lui.

Enfin, la forme du néoplasme est beaucoup plus difficile à définir, lorsqu'il s'infiltré dans les espaces cellulaires du cou. Il existe alors une masse principale, à contours imprécis, se prolongeant dans toutes les directions, sous les muscles, autour du paquet vasculo-nerveux et de la trachée. Il semble qu'on ait coulé de la cire dans les espaces inter-organiques de la région cervicale.

Sa *consistance* est uniformément dure, d'une dureté ligneuse. Quand il existe des noyaux isolés, on sent

à travers les parties saines de la glande, des points plus indurés. Dans les tumeurs volumineuses, à surfaces bosselées, la palpation montre que certaines parties offrent une grande résistance, tandis que d'autres donnent la sensation de flot. La dureté extrême d'une grosse tumeur suffit souvent à faire poser le diagnostic du cancer.

La strume maligne se développe habituellement dans le corps thyroïde, mais elle peut se rencontrer dans toute l'étendue de la région thyroïdienne, c'est-à-dire depuis la base de la langue jusqu'à l'arc aortique.

La règle est que le corps thyroïde lui-même soit atteint et alors on voit le néoplasme se localiser tantôt dans le lobe droit, et tantôt dans le lobe gauche. Le lobe droit paraît plus exposé. L'examen des 72 observations contenues dans la thèse de van Straaten, montre que trente fois le cancer siégeait à droite et vingt fois seulement dans le lobe gauche. Quant à l'envahissement primitif de l'isthme, il est extrêmement rare, une fois sur 72.

Dans ces conditions, les parties de la glande, situées en dehors du lobe malade, ne présentent aucune trace de cancer, au moins au début; disposition bien favorable au traitement chirurgical, puisqu'une extirpation partielle permet d'enlever tout le néoplasme.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et, chez un certain nombre de malades, on voit la glande, envahie d'emblée, dans toutes ses parties.

Nous avons vu pratiquer une thyroïdectomie

partielle pour un cancer encore au début. Le lobe enlevé était cancéreux. L'autopsie démontra que tout le reste de la glande thyroïde était également envahi. Pour van Straaten, cette diffusion primitive s'est rencontrée 21 fois sur 72.

En somme, le siège du néoplasme est le plus souvent limité à un des lobes thyroïdiens, mais fréquemment aussi, il se diffuse davantage et la glande tout entière est malade.

Les autres localisations du cancer sont commandées par la situation qu'occupent habituellement les glandes thyroïdes accessoires. Il est possible de les rencontrer, dans toute une vaste région, ressemblant à un triangle isocèle, limité latéralement par les gros vaisseaux du cou, dont la base, située à la hauteur de l'os hyoïde, est parallèle au bord du maxillaire inférieur, et dont la pointe atteint la crosse de l'aorte.

Ces lobules thyroïdiens accessoires, dues à une déviation du bourgeonnement épithélial, qui forme les lobes latéraux de la glande normale, peuvent devenir le siège d'épithéliomes, qui se développent dans ces débris parathyroïdiens, comme les épithéliomes branchiogènes de Volkmann dans les débris des fentes branchiales. Cette forme de la thyrocarcinose est actuellement bien connue, grâce à de nombreux travaux français et étrangers. (Gussenbauer, Berger, Veau).

Lorsqu'on fait l'autopsie de sujets atteints de goitre malin intra-thoracique, les lésions sont tellement avancées qu'il est difficile de déterminer le

point de départ exact de la tumeur. On se trouve en présence d'une volumineuse tumeur du médiastin, qui s'accompagne presque toujours d'un envahissement de la glande thyroïde elle-même. Cependant, il existe des cas, assez rares il est vrai, où un goitre intra-thoracique subit la dégénérescence maligne pour son propre compte. Bock en a publié, dans sa thèse, une observation typique :

Roux avait enlevé à un malade, présentant des troubles respiratoires graves, un goitre colloïde, qui d'ailleurs n'avait pas récidivé. Cependant la dyspnée et la dysphonie persistaient. Plusieurs années ensuite, le malade mourut, et l'autopsie fit constater dans le médiastin, un petit goitre malin très localisé.

Au cou, l'épithéliome parathyroïdien occupe différentes situations. Nous n'insistons pas sur les tumeurs qui prennent naissance au-dessus de la pyramide de Lalouette; leur siège est absolument identique à celui des goitres de la même région.

Les épithéliomes parathyroïdiens latéraux, dont M. Berger a donné un exemple au Congrès de chirurgie en 1897, occupent une situation spéciale, qui permet de les confondre avec les branchiomes malins. Ils ne contractent aucun rapport avec la glande thyroïde, l'œsophage et la trachée, et s'appliquent sur le paquet vasculo-nerveux, avec les éléments duquel ils se fusionnent.

On trouve quelquefois le cancer thyroïdien dans des régions, où jamais il n'existe de lobes aberrants. Mon ami Gallavardin m'a montré des coupes prove-

nant d'une tumeur parotidienne, qui présentaient l'aspect caractéristique de l'épithéliome du corps thyroïde. D'ailleurs ces localisations étranges ne doivent pas nous étonner, lorsque nous savons combien la localisation du goitre est capricieuse. Tout récemment Hofmeister a observé un goitre kystique logé sous la peau du sein gauche chez un sujet de cinquante-quatre ans, qui présentait également un goitre du côté gauche du cou. Le cancer thyroïdien peut donc occuper parfois les situations les plus imprévues, puisque le goitre lui-même est sujet à tant de variations.

La *configuration interne* de la tumeur thyroïdienne varie avec l'âge des lésions. En effet, toute strume maligne évolue en deux périodes. Pendant la première, elle reste emprisonnée au sein du tissu de la glande, ou au moins à l'intérieur de la capsule fibreuse ; il s'agit alors de noyaux isolés, de végétations intra-kystiques, et même de dégénérescence totale. Dans la seconde période, la tumeur franchit les barrières capsulaires, envoie de gros bourgeons dans les espaces cellulaires du cou.

a). Période de végétation intra-capsulaire. — Comme le néoplasme se développe habituellement sur un vieux goitre, les formations cancéreuses sont situées au milieu d'un lobe hypertrophié, ou dans l'intérieur d'un kyste. Dans le premier cas, on aperçoit au milieu du tissu adénomateux, un ou plusieurs noyaux durs, d'un blanc cendré, du volume d'une noisette ou d'une petite pomme,

entourés d'une zone de tissu thyroïdien plus ou moins altéré et condensé. Ces nodules se placent, soit au centre d'un lobe, soit dans le voisinage de la capsule.

Dans le second cas, il s'agit d'un goitre kystique. Au moment de l'incision des poches, il s'écoule un liquide rougeâtre, et sur un point de la paroi, se trouvent des végétations grisâtres ou d'un rouge sale. Ces lésions sont, au début, peu caractéristiques.

On dirait un kyste, dans lequel s'est produite une hémorrhagie. Chez une de nos malades, ce diagnostic avait été posé, après un examen rapide fait au moment de l'intervention. Mais l'examen histologique, et surtout une récurrence rapide ne laissèrent aucun doute sur la nature réelle de la lésion.

Plus rarement, le corps thyroïde est hypertrophié dans sa totalité. La résistance au bistouri est augmentée, et la surface de coupe est irrégulière et comme granitée. Il s'agit d'une dégénérescence massive de toute la glande.

Quels sont les rapports de la tumeur et de la capsule? Lorsque le néoplasme est petit, et surtout séparé de la capsule fibreuse par une épaisseur plus ou moins considérable de tissu thyroïdien, celle-ci paraît tout à fait saine, au moins au point de vue macroscopique. Elle circonscrit complètement les parties malades, les isole des organes voisins, et, au point de vue opératoire, cette disposition rend le cancer comparable à un goitre simple. Cependant, même lorsqu'elle paraît indemne à la simple inspection, cette capsule contient souvent déjà des

boyaux épithéliaux, que révèle l'examen histologique. Il importe donc de se maintenir en dehors d'elle, et de pratiquer toujours des opérations extra-capsulaires.

Tous les cancers passent par cette période. La plupart la traversent vite, quelques-uns y restent indéfiniment ; ce sont les cancers latents, qui tuent par généralisation viscérale. Les lésions que nous venons de décrire, ont été étudiées sur des pièces, enlevées par des thyroïdectomies précoces, ou bien encore recueillies à l'autopsie des malades morts d'un cancer à forme médicale. En effet, ces petits noyaux encapsulés, envoient souvent des métastases. Après être restés inoffensifs au milieu de la glande pendant une période assez longue, mais d'une durée infiniment variable, ils dépassent la capsule, augmentent rapidement et prennent l'aspect classique d'une volumineuse tumeur diffuse et envahissante.

b). *Période de végétation extra-capsulaire.* — Il s'agit alors de gros cancers, à surface bosselée, et à physionomie tout-à-fait caractéristique. La section de la masse néoplasique montre une surface d'aspect irrégulier, et limitée, au moins sur un segment de sa périphérie, par une nappe de tissu conjonctif, détruite dans les régions où le cancer a bourgeonné hors de sa capsule. Des tractus fibreux sillonnent la coupe, circonscrivant entre eux des loges de dimensions et de formes très inégales, à l'intérieur desquelles se dispose un tissu de couleur blanc grisâtre

et d'apparence lardacée. Souvent aussi, de loin en loin, quelques parties ont subi une dégénérescence kystique, et on voit des géodes remplies d'une bouillie rougeâtre, ressemblant à des bourgeons charnus de mauvaise nature. Dans d'autres cas, le néoplasme apparaît comme un bloc de substance blanche et dure, sans vaisseaux ni tractus conjonctifs ; puis, quand les lésions sont plus avancées, la partie centrale se nécrose et forme une large cavité, pleine d'une matière jaune et comme puriforme, autour de laquelle le reste de la tumeur se dispose à la façon d'une coque plus ou moins épaisse.

La tumeur thyroïdienne peut être accompagnée de ganglions très volumineux qui viennent s'appliquer sur sa face postérieure et semblent faire corps avec elle. Ils se présentent à la coupe sous l'aspect de zones arrondies et blanches, séparées de la masse principale par une nappe de tissu fibreux. Parfois leur volume surpasse beaucoup celui de la tumeur thyroïdienne, qui se dissimule, alors, derrière des amas ganglionnaires pouvant atteindre le volume d'une tête de fœtus.

2^e Rapports de la tumeur avec les organes voisins. — Le cancer thyroïdien, à la période de végétation intra-capsulaire, se comporte comme un goitre ordinaire, à l'égard des organes du cou. Nous n'insisterons donc sur ces rapports, qu'à la période où ils sont caractéristiques, lorsque la tumeur devient volumineuse et adhérente aux parties voisines, et que les ganglions sont envahis.

a). *Plans superficiels.* — La peau rouge, cedématisée, soulevée par un réseau veineux superficiel très développé, glisse mal sur les plans profonds. Elle s'amincit, mais, sauf des cas exceptionnels, ne se laisse jamais envahir. Cependant une ou deux fois sur cent, les bourgeons néoplasiques l'ulcèrent par sa face profonde et s'étalent à l'extérieur.

Les muscles se comportent de façon variable. Dans les cancers qui ont évolué rapidement, ils sont à peine amincis, les aponévroses et le tissu cellulaire qui les enveloppe sont épaissis, mais ils ont encore leur individualité. C'est dans ces cas d'ailleurs, que les troubles respiratoires ont été le plus intense, car la tumeur, bridée fortement à l'extérieur, comprime davantage les plans profonds et aplatit la trachée.

Lorsque les lésions ont marché de manière plus lente, les muscles se présentent avec l'aspect de membranes très minces, jaunâtres, étendues au-devant de la tumeur, sur laquelle ils ne laissent pas d'empreinte.

A un stade plus avancé, ils disparaissent de façon complète.

Le tissu cellulaire possède souvent un aspect normal, bien qu'il soit cedématisé. Parfois la tumeur est entourée d'une sorte de gangue fibro-lipomatueuse, creusée de vacuoles renfermant du pus.

Enfin, dans quelques circonstances, il est impossible de reconnaître les différents plans interposés entre la peau et le corps thyroïde. Le cancer s'est infiltré partout, les téguments, les muscles, les

aponévroses sont transformés en une véritable cuirasse, formée d'un tissu résistant, qui entoure la région cervicale tout entière et dissimule complètement les organes profonds.

b). *Ganglions*. — Les ganglions sont indépendants de la tumeur, ou bien accolés à sa face postérieure.

Dans le premier cas, l'adénopathie thyroïdienne, se présente sous la forme de petites tumeurs, dures, roulant sous le doigt et occupant les régions carotidiennes, sus et sous-claviculaires, et même le creux de l'aisselle. Il existe alors des ganglions médiastinaux plus ou moins développés. C'est une forme grave, car, même au début, il est difficile d'enlever complètement ce semis de petites nodosités, et une ablation complète peut nécessiter la résection du grand sympathique, et de la jugulaire interne (Delore).

Dans le second cas, qui est le plus fréquent, quelques ganglions seulement se sont développés et ont acquis un assez gros volume. Situés le long du paquet vasculo-nerveux, ils contractent souvent avec lui des adhérences intimes et, d'autre part, sont si étroitement réunis à la tumeur principale, qu'ils semblent en faire partie. C'est par leur intermédiaire que l'artère carotide, la jugulaire et le pneumogastrique sont fixés à la masse néoplasique principale, qui semble alors les englober complètement.

A une époque plus tardive, ces noyaux isolés s'agminant en paquets énormes qui s'étendent de la

clavicule au maxillaire inférieur, avec lequel ils contractent parfois des adhérences. Ce sont des formes rares, dont l'allure est rendue spéciale par cette volumineuse adénopathie qui relègue au second rang le cancer primitif.

c). *Larynx et trachée*. — Le conduit laryngo-trachéal souffre de différentes manières du voisinage de la tumeur ; il est *dévié, déformé* ou *envahi*.

La *déviati*on existe toujours. Le lobe, hypertrophié, refoule la trachée du côté opposé, d'autant plus loin qu'il est plus gros, et bridé par des muscles et des aponévroses plus résistants. Souvent cette déviation est telle que le conduit laryngo-trachéal occupe la place du paquet vasculo-nerveux, et qu'il faut pratiquer l'incision de la ligature de la carotide primitive, lorsqu'on veut faire une trachéotomie.

Ces *déformations*, que beaucoup d'auteurs considèrent comme une chose rare, se rencontrent, au contraire, avec une grande fréquence. A la vérité, un cancer primitif, évoluant, en quelques semaines, n'a pas le temps de produire un ramollissement bien marqué des anneaux cartilagineux. Mais, dans la plupart des cas, le cancer, succédant au goitre, hérite de ses déformations trachéales, qu'il est d'ailleurs capable de produire seul, si son évolution est assez longue.

Dans le cancer, comme dans le goitre, les déformations reconnaissent pour causes, l'aplatissement ou la coudure par compression et l'affaissement par ramollissement. Nous n'y insisterons donc pas. Nos

observations reproduisent les types connus d'*aplatissement unilatéral* et *bilatéral* (trachée en lame de sabre), de *compression frontale* plus fréquente dans les tumeurs malignes, et enfin la *compression circulaire*.

Le siège de la déformation dépend surtout du siège de la tumeur et de son étendue. Les néoplasmes malins, arrivés à leur dernière période, sont toujours des tumeurs très volumineuses, à prolongement intra-thoracique. Aussi, le caractère le plus important de ces déformations dans le cancer est-il donné par leur étendue et par leur situation, habituellement très basse. C'est pour cette raison que la trachéotomie donne de si mauvais résultats. Que peut-elle, en effet, contre une sténose qui se prolonge parfois jusqu'à la bifurcation de la trachée?

L'*envahissement* et la *perforation* de la trachée sont des complications de la période de végétation extra-capsulaire de la tumeur. Tous les chirurgiens qui se sont occupés du cancer thyroïdien les connaissent. En 1898, Van Straaten, réunissant dans une même statistique les observations des cliniques de Kiel, de Munich, de Greifswald, de Fribourg, etc., mentionne 7 fois, sur 77, la perforation trachéale.

La paroi trachéale oppose une grande résistance aux bourgeons néoplasiques qui végètent contre elle. Au cours d'une opération qui resta, d'ailleurs, incomplète, nous vîmes, chez une femme de 60 ans, la paroi antérieure de la trachée couverte de bourgeons néoplasiques qui s'implantaient sur les cartilages. Ils furent enlevés aussi exactement que

possible avec la curette, mais se reproduisirent rapidement. Cependant, cinq mois après, la tumeur, dont l'évolution s'était poursuivie sans arrêt, n'avait pas encore perforé la paroi. Roux a rencontré un cas analogue, mais avec un envahissement si étendu qu'il fut obligé de réséquer cinq anneaux. Le malade guérit et n'eut pas de récurrence.

La perforation se produit sur un point quelconque de la circonférence de la trachée ou du larynx.

Elle est due à l'envahissement progressif de la paroi par le néoplasme ou à la transformation maligne d'un prolongement intra-trachéal ou intralaryngien de la glande thyroïde ; ces tumeurs thyroïdiennes aberrantes sont bien connues depuis les travaux de Ziemssen, de Paltauf et d'Alexandre Barovitz.

Elles sont habituellement accompagnées d'un goitre et occupent la région inférieure du larynx et supérieure de la trachée ; elles s'implantent sur les parois latérale ou postérieure, très rarement sur la face antérieure. Ce sont des tumeurs arrondies, à large base, revêtues d'une muqueuse saine, à surface ordinairement lisse. La plupart des auteurs ont pensé qu'il s'agissait de goitres aberrants, de germes embryonnaires qui ne se développeraient qu'à l'âge de la puberté. Ziemssen a émis l'hypothèse d'une pénétration du corps thyroïde lui-même dans le larynx. Cette théorie a été soutenue de nouveau par Paltauf qui a constaté *de visu* l'adhérence du corps thyroïde avec le périchondre, sa pénétration dans le larynx et sa continuation non interrompue

avec la tumeur intra-laryngée. Ce serait seulement cette adhérence anormale qui serait congénitale et remonterait à l'époque embryonnaire. Il est facile de comprendre que la dégénérescence de ces masses glandulaires, infiltrées dans la paroi du tube aérifère, soit suivie d'une perforation rapide.

Si cette ouverture siège à la face postérieure du conduit, elle peut établir une communication entre l'œsophage et la trachée. M. Delore a opéré dernièrement, dans le service de M. Poncet, un malade qui présentait un orifice faisant communiquer la trachée et l'œsophage. Cette lésion, soupçonnée au moment de la trachéotomie, fut vérifiée par l'autopsie. Une masse cancéreuse, friable et déjà désagrégée, occupait la cloison trachéo-œsophagienne, qui était ainsi perforée de part en part.

OBSERVATION 1

Cancer du lobe droit thyroïdien. — Perforation de l'œsophage et de la trachée.

Homme de 60 ans, très cachectique, fut envoyé dans le service de M. le professeur Poncet, pour des accès de suffocation, dont le début remontait à quinze jours.

Cet homme avait un goitre de moyen volume, depuis 20 à 25 ans. Il présentait des troubles de la parole et de la respiration, depuis six à huit mois.

Le 26 juin 1899, au moment de son entrée, la voix était voilée, comparable à celle des cancéreux du larynx. L'état grave empêchait un examen très approfondi. Comme, avec les troubles de la voix et de la respiration, on notait encore une grande difficulté pour avaler les liquides, on porta le diagnostic de

cancer laryngo-pharyngien, l'examen laryngoscopique étant impossible, à cause des accès de suffocation.

Sur le côté droit du cou existait une tumeur thyroïdienne fort dure, adhérente à la trachée. L'absence de ganglions cervicaux, d'augmentation de volume de la tumeur thyroïdienne depuis les accidents, firent rejeter l'hypothèse d'une dégénérescence cancéreuse du vieux goitre, ayant entraîné les troubles récents.

Une trachéotomie d'urgence fut pratiquée par M. X. Delore, sous anesthésie. On remarqua une grande vascularisation de la région thyro-cricoïdienne. Au moment de l'introduction de la canule, celle-ci rencontra, sur la paroi postérieure de la trachée, près du cricoïde, une large perforation trachéo-œsophagienne, en partie comblée par une masse cancéreuse blanc jaunâtre, horriblement fétide. La canule fut aussitôt réintroduite avec facilité.

Néanmoins, il se déclara une légère hémorrhagie trachéale, due à la mobilisation de cette masse friable.

Les suffocations cessèrent. Le malade mourut de broncho-pneumonie le 2 juillet.

A l'autopsie, on trouva une dégénérescence cancéreuse totale du lobe droit thyroïdien, réduit en un véritable putrilage.

En dedans, la cavité cancéreuse présentait une perforation à cheval sur l'œsophage et la trachée et s'ouvrant dans ces deux conduits à la fois. L'orifice de communication était, heureusement, en grande partie oblitéré par une masse carcinomateuse, ce qui nous explique comment les liquides ne passaient pas, pendant la vie, dans la trachée. Le nerf récurrent droit est complètement entouré par la tumeur.

Pas de ganglions.

Noyaux de généralisation pulmonaire, mais au nombre de quatre à cinq seulement.

Broncho-pneumonie double.

d) *Œsophage*. — Rose a signalé depuis longtemps la fréquence des complications œsophagiennes du cancer thyroïdien, dues aux rapports intimes qui

unissent souvent la tumeur et la paroi de l'œsophage.

Ces rapports sont de deux catégories différentes : tantôt le cancer se contente de comprimer le tube œsophagien, tantôt il envahit la paroi et la perfore.

La compression est la disposition la plus fréquente. Des prolongements de la masse néoplasique se portent en avant ou en arrière de la trachée, et l'entourent d'un anneau plus ou moins serré. Le rétrécissement est parfois tel, qu'il est impossible de passer une grosse plume d'oie à travers le point stricturé.

L'envahissement et la perforation de la paroi se rencontrent d'une façon exceptionnelle. Van Straaten en cite une seule observation.

Nous n'en avons vu également qu'un seul cas. Des bourgeons néoplasiques, après avoir envahi et détruit la tunique musculaire de l'œsophage, faisaient saillie au dessous de la muqueuse, déjà ulcérée en quelques points. La perforation complète était imminente. De telles lésions sont rarement observées parce que les tumeurs thyroïdiennes bénignes ont peu de rapports avec l'œsophage et que les prolongements rétro-pharyngo-œsophagiens du goitre se rencontrent de façon exceptionnelle.

e). *Vaisseaux*. — Le paquet vasculo-nerveux se comporte de deux manières différentes par rapport à la tumeur : il est refoulé en arrière, comprimé ou bien englobé et envahi par le néoplasme.

Lorsque la tumeur est encore entourée d'une capsule, elle se contente de repousser les vaisseaux

sans y adhérer. La carotide doit être recherchée en arrière et en dehors de la masse principale, et plus rarement en dedans, dans le voisinage de la ligne médiane; il n'existe, d'ailleurs, qu'un seul exemple de ce genre de déviation. Les veines jugulaires les troncs brachio-céphaliques, la veine cave elle-même (Hellendahl) sont parfois comprimés.

Habituellement, les vaisseaux sont englobés par la tumeur, au milieu de laquelle ils disparaissent. Pour les isoler il faut les sculpter avec des ciseaux dans du tissu néoplasique.

De quelle manière se produit cet envahissement ? Par des fusées épithéliales parties de la tumeur principale ou par les ganglions.

Dans le premier cas, la gaine vasculaire, puis les parois de l'artère et de la veine sont atteints. Ces deux vaisseaux réagissent de manière différente.

La paroi artérielle devient très friable; les artères thyroïdiennes, envahies, se coupent sous le fil de catgut qui les serre, de telle sorte que le chirurgien est obligé de faire sa ligature dans le voisinage de la carotide externe (Delore).

A un stade plus avancé, la paroi se détruit et les hémorrhagies apparaissent. Lebert et Coulon citent des cas d'ouverture de la carotide, avec hémorrhagie mortelle consécutive. De telles complications sont extrêmement rares.

Les veines sont plus souvent malades (Mathieu, Letulle, Kummer, Friedland). La paroi se laisse perforer, puis le bourgeon néoplasique s'insinue dans la lumière du vaisseau, où se produit habituellement

une thrombose. Dans beaucoup d'autopsies, on constate des lésions veineuses analogues dans les jugulaires antérieures, les veines thyroïdiennes, la jugulaire interne et même le tronc brachio-céphalique. Van Straaten a trouvé ces lésions 16 fois sur 77 observations. Cet envahissement si fréquent des veines par le néoplasme explique la facilité avec laquelle se produisent les métastases.

Ces adhérences avec les vaisseaux se produisent beaucoup plus facilement dans les cancers aberrants de la thyroïde, dont l'aspect macroscopique est identique à celui d'un épithélioma branchiogène, et qui se développent dans le voisinage immédiat du paquet vasculo-nerveux, auquel ils se trouvent fixés.

Elles sont dues aussi aux ganglions néoplasiques, qui entourent le paquet vasculo-nerveux, et le rendent ainsi solidaire de la masse principale. D'autre part des ganglions isolés peuvent se fixer à la paroi d'une veine, envoyer des végétations cancéreuses dans la paroi de cette veine thrombosée, et provoquer ainsi une endophlébite subaigue.

Lorsque la tumeur plonge dans le thorax, les rapports avec les vaisseaux deviennent plus intimes encore. Il existe alors des adhérences avec les troncs veineux et artériel brachio-céphalique, avec la crosse de l'aorte et le péricarde. Ces rapports se voient bien lorsqu'on a réséqué la première pièce du sternum, comme M. Jaboulay le fit sur un malade, dans le but de diminuer les phénomènes de compression.

Les lésions vasculaires ont une grande importance dans l'histoire anatomique du cancer thyroïdien, car elles expliquent la fréquence des métastases. Voici, d'après Mathieu, un exemple qui montre bien le mode d'envahissement des vaisseaux.

La veine jugulaire présente un calibre double et triple de son calibre normal. Elle est pleine, gorgée d'une substance blanche qu'on aperçoit par transparence. Elle adhère fortement aux ganglions et au corps thyroïde. On la fend sur toute sa longueur, et on la trouve pleine d'une bouillie blanchâtre.

Lorsqu'on a débarrassé la paroi interne de l'espèce de mortier qui la recouvre, on la trouve dépolie, mais assez lisse et unie dans sa partie postérieure. Dans sa partie interne et antérieure, elle a été entamée par la tumeur. Les tuniques sont, par endroits, détruites et traversées par des bourgeons blanchâtres venus de l'extérieur. Ces bourgeons font, à l'intérieur, une saillie plus ou moins marquée, ils présentent une résistance assez faible, et il suffit d'un léger grattage pour les effriter. A la partie supérieure de la tumeur, deux ou trois troncs veineux viennent aboutir dans la jugulaire. Ils sont également dilatés et remplis d'une bouillie blanchâtre. Des troncules plus fins et également oblitérés s'enfoncent dans l'épaisseur du corps thyroïde.

L'examen histologique montra plus nettement encore le mode d'envahissement des vaisseaux.

Sur plusieurs coupes on rencontre des vaisseaux. Sur plusieurs d'entre elles on trouve, au milieu d'un cercle fibreux, coloré en rouge, des amas de cellules ; les unes sont des globules rouges, les autres des cellules cancéreuses qu'on peut suivre facilement dans le chemin qu'elles ont parcouru pour pénétrer dans l'intérieur du vaisseau. A certains endroits, les cellules carcinomateuses se sont insinuées entre les fibres lamineuses, et les ont écartées les unes des autres. Il en résulte que le cercle de fibres rouges, qui limite le vaisseau se trouve par places interrompu.

f). *Nerfs*. — Le pneumogastrique est habituellement comprimé en même temps que la carotide et la jugulaire. Rarement il est envahi; cependant, on peut voir des bourgeons cancéreux l'infiltrer sur une petite étendue, modifier sa couleur et le rendre plus rigide et plus friable.

Les nerfs récurrents sont très souvent entourés ou comprimés par la tumeur. Dans plusieurs observations, on lit qu'il a été impossible de les retrouver au milieu des masses néoplasiques.

L'envahissement et la compression du grand sympathique, du plexus cervical et du plexus brachial sont produits, plus souvent, par les ganglions que par la tumeur elle-même. Nous avons vu, chez un malade, des petits ganglions appliqués si étroitement sur le grand sympathique que, pour les enlever, il fut nécessaire de réséquer plusieurs centimètres du nerf.

B. — HISTOLOGIE

Toute tumeur est due à une monstruosité du développement cellulaire et, par suite, toute cellule peut devenir l'origine d'une tumeur.

Il y a donc autant d'espèces de tumeurs que d'espèces de cellules. Chaque tissu est formé de cellules spécifiques, non seulement par leur structure anatomique, mais également par leur manière de se grouper et par leur physiologie, et ces caractères, propres à chaque catégorie de cellules, se reconnaissent encore lorsqu'il se produit des anomalies néoplasiques de développement.

La classification des tumeurs, la plus simple et la plus vraie, consiste à prendre pour base unique la nature de leurs cellules fondamentales.

D'autre part, les tumeurs qui reproduisent les formes embryonnaires d'un tissu ont, cliniquement, une évolution maligne.

Les formes adultes constituent les tumeurs bénignes.

Appliquant aux tumeurs thyroïdiennes les principes précédents, nous obtenons une classification très simple.

Le corps thyroïde est composé de tissu glandulaire, de tissu conjonctif, qui sert de charpente aux vésicules, de nerfs, et enfin de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

On connaît actuellement trois catégories de tumeurs malignes ou cancers, correspondant aux formes embryonnaires de ces tissus :

- 1^o Cancer du tissu épithélial.
- 2^o Cancer du tissu conjonctif.
- 3^o Cancer du tissu endothélial vasculaire.

I. — CANCER ÉPITHÉLIAL

Les tumeurs du corps thyroïde appartiennent, pour la plupart, à cette catégorie, dont la richesse s'explique par la prédominance anatomique et fonctionnelle du tissu glandulaire sur tous les autres éléments de l'organe. En effet, les cellules thyroïdiennes ont une vie intense, et il est naturel, qu'à l'activité plus grande de la prolifération normale, corresponde une fréquence plus accusée de l'ano-

malie du développement, c'est-à-dire de la formation néoplasique.

La multiformité de ces tumeurs épithéliales a exigé l'établissement de classifications, qui se sont multipliées, sans parvenir, cependant, à mettre beaucoup d'ordre dans la foule hétéroclite des descriptions. Leur insuffisance est due à ce que les groupements reposent sur des bases variables, créant ainsi des types artificiels, formés, tantôt par les caractères propres des cellules fondamentales, tantôt par le mode de distribution du stroma. C'est ainsi que Wolfler, dont la classification est, cependant, la meilleure, distingue, d'une part, le cancer alvéolaire et d'autre part, le cancer épithélial cylindrique et le cancer épithélial pavimenteux, et ensuite les variations de structure de la paroi alvéolaire qui donnent lieu aux formes décrites sous le nom de carcinome fibreux, de carcinome myxomateux, et de carcinome télangiectasique.

Il est possible, cependant, d'unifier ces groupes et de leur donner une organisation logique, si on admet que le néoplasme reproduit dans sa structure une des étapes parcourue par le tissu thyroïdien avant d'atteindre son état adulte. Cette hypothèse, permet de classer, d'après l'âge du tissu thyroïdien normal qui leur est identique, toutes les tumeurs épithéliales glandulaires, depuis les néoplasmes très embryonnaires qui ressemblent au sarcome globo-cellulaire, jusqu'à l'adénome malin, en passant par une longue série de formes intermédiaires.

Les étapes évolutives du tissu thyroïdien sont

caractérisées non seulement par la morphologie des cellules, mais aussi par leur mode de groupement, par la nature de leur sécrétion et par l'aspect de la charpente conjonctive. On connaît ces détails de développement de manière suffisante pour apprécier l'âge d'une tumeur et, par suite, son degré théorique de malignité.

Les *cellules thyroïdiennes* commencent par être rondes à gros noyau, prennent ensuite un aspect polyédrique, et alors nettement épithélial et, enfin, à l'état adulte, deviennent plus petites et de forme cubique.

Elles se groupent, chez le fœtus, en boyaux, poussant des branches, qui se terminent par des extrémités borgnes, et, de distance en distance, une lumière se dessine sur le trajet du bourgeon plein, et cette portion se renfle en un grain. C'est une esquisse de la vésicule thyroïdienne, disposition adulte, dont l'aspect est bien connu.

Les cellules jeunes et les cellules adultes sécrètent des substances différentes. D'après Renaut, le contenu d'un grain fœtal, consiste en une substance analogue à du mucus, car elle ne se colore pas par l'éosine hematoxylique. Elle se teint faiblement par le carmin, ce n'est donc pas de la mucine, et ce n'est pas non plus de la matière colloïde, puisque l'éosine colore celle-ci très énergiquement en rose foncé. Renaut donne à cette substance le nom de thyro-mucoïne, réservant le nom de thyro-colloïde à la matière colloïde contenue dans les vésicules adultes.

La *trame conjonctive* subit des modifications moins intéressantes ; d'abord très déliée, elle s'épaissit peu à peu, de manière à acquérir l'aspect qu'elle présente sur les coupes de corps thyroïde normal.

Le cancer reproduit ces formes jeunes de la glande thyroïde, depuis les types tout-à-fait embryonnaires à cellules rondes, jusqu'aux types adultes, dont la malignité ne s'accuse que par la rapidité de l'accroissement et ou par la généralisation (goitre métastatique).

Nous décrirons trois types de tumeurs malignes épithéliales. Les deux premiers occupent les points extrêmes de l'échelle de gravité ; le troisième se rapporte aux tumeurs de malignité moyenne.

1^o Type embryonnaire très malin. — Sur une coupe, colorée au picro-carmin, on aperçoit entre les mailles d'un stroma extrêmement délié, des nappes de cellules très embryonnaires, qui présentent l'aspect de gros noyaux rouges. Le stroma disparaît parfois complètement. De loin en loin on voit un peu de matière diffuse infiltrée entre les cellules, mais souvent aussi, il n'en existe pas. Cette forme est très difficile à distinguer du cancer conjonctif embryonnaire ; aussi est-elle décrite souvent, sous le nom de sarcome globo-cellulaire. En effet, lorsque les infiltrations de matière colloïde manquent, les cellules sont trop jeunes pour avoir acquis déjà un aspect nettement épithélial, et la confusion est ainsi bien explicable.

2^o Type de malignité atténuée. — Cette forme a été décrite par Wölfler sous le nom d'adénome malin. On voit, sur la coupe, des vésicules nombreuses, inégales de forme et de volume, et constituées par une ceinture de cellules cubiques, entourant une goutte de matière de colloïde. *Cet aspect est presque identique à celui de l'adénome thyroïdien.* La nature maligne de la tumeur peut s'affirmer par un grand nombre de cellules libres, cylindriques ou polyédriques qui occupent les espaces interacineux. Le diagnostic histologique entre l'adénome simple et l'adénome malin est si délicat, qu'il n'existe pas de signe permettant de faire cette distinction de manière certaine. Ici, la clinique doit venir en aide à l'examen anatomique ; Wölfler avoue que, tant qu'il a ignoré les détails cliniques et les résultats de l'autopsie, il a pris une tumeur maligne pour un adénome à cellules cylindriques.

3^o Type de malignité moyenne. — Les deux formes précédentes, qui se présentent d'ailleurs rarement, sont réunies par une quantité infinie de formes de transition, dont le diagnostic histologique peut alors être fait avec certitude. Il convient d'étudier les caractères morphologiques, topographiques, et sécrétoires des cellules, et l'aspect du stroma.

L'étude de ces *cellules* présente la plus grande importance puisqu'elle est la seule base de notre classification. Elles appartiennent à deux catégories tout à fait distinctes ; les unes sont des éléments polyédriques, cubiques ou cylindriques du type thyroïdien ;

les autres prennent l'aspect anormal de cellules pavimenteuses, de cellules du type malpighien, dont l'évolution, le mode de groupement et les sécrétions subissent dans une certaine mesure l'influence de la glande ou elles végètent. Les premières constituent l'épithéliome thyroïdien classique, les secondes se rencontrent dans une forme plus rare de goitre cancéreux, l'épithéliome pavimenteux, qui mérite à peine le nom de tumeur thyroïdienne.

a) *Cellules du type thyroïdien.* — Ces cellules sont cylindriques, cubiques ou polyédriques.

Les grosses cellules cylindriques claires, munies de noyaux et de nucléoles volumineux, s'observent dans un petit nombre de cas. Elles ont une forme régulière et sont remarquables surtout par leur volume.

Les parties dégénérées de la glande thyroïde présentent la même disposition générale que les parties saines, et la néoformation consiste dans une transformation *in situ* des cellules épithéliales des follicules en ces grosses cellules claires, munies de noyaux et de nucléoles volumineux. Dans la plupart des follicules altérés, les cellules sont disposées en une seule rangée; elles sont plus longues que larges, parallèles entre elles et implantées sur le tissu cellulo-vasculaire qui circonscrit les follicules. Sur d'autres follicules, elles forment plusieurs couches, et il y a une desquamation de grosses cellules dans la cavité du follicule. Les parois de ces follicules présentent souvent une ou plusieurs végé-

tations cellulo-vasculaires minces qui y font saillie, et qui sont recouvertes par une couche des cellules précédentes. Le centre de ces végétations présente des cellules embryonnaires, de même que le tissu conjonctif péri-folliculaire... On peut suivre facilement, sur toutes les préparations, le passage des follicules normaux, au degré le plus élevé de l'altération. Les cellules des follicules normaux s'hypertrophient dans tous les sens, la substance colloïde contenue dans la cavité du follicule diminue peu à peu et, finalement, est résorbée, lorsque les cellules épithéliales sont devenues très volumineuses, et se détachent de la paroi pour devenir libres dans la cavité. La même cloison cellulo-fibreuse, qui sépare deux alvéoles, présente souvent d'un côté une rangée de cellules normales, ou presque normales, et, de l'autre, une rangée de grosses cellules.

En résumé, cette tumeur, dont la description a été faite pour la première fois par Cornil, se compose de très grosses cellules cylindriques à gros noyaux vésiculeux, superposées parfois en deux assises, ne sécrétant pas de substance colloïde et se groupant en follicules irréguliers. Nous n'avons qu'un seul exemple de ce type, qui provient d'un malade du service de M. Jaboulay, et dont mon ami Charles Bonne, préparateur du professeur Renaut, m'a donné d'excellentes coupes. Les caractères de cette tumeur sont à peu près identiques, à ceux que Cornil attribue au cancer thyroïdien. Les grosses cellules cylindriques s'amassent en longs boyaux, contenues

dans une charpente conjonctive très déliée, au centre desquels on ne trouve aucune trace de matière colloïde. En certains endroits, elles se groupent en vésicules irrégulières, et se disposent alors en plusieurs assises concentriques. Cependant, nous n'avons pas constaté, à l'intérieur des follicules, les bourgeons épithéliaux, qu'y décrit Cornil, et que M. Berger a trouvés aussi dans un épithélium parathyroïdien.

La tumeur ne se développe pas dans le tissu conjonctif péri-acıneux, c'est dans l'intérieur des follicules et par l'hypertrophie des cellules épithéliales préexistantes que la néoformation a lieu.

Mais cette forme est exceptionnelle. En effet, sur la plupart de nos préparations on voit de petites cellules cylindriques, cubiques ou polyédriques, groupées en cylindres pleins, en boyaux infiltrés au loin dans le tissu conjonctif, ou bien formant des nids, au centre desquels, la substance colloïde tend à se collecter sous l'aspect d'une goutte jaune. Les produits de sécrétion s'infiltrant dans les espaces inter-cellulaires, ou se réunissent en une masse unique, entourée par une ceinture d'éléments épithéliaux.

Quels sont les rapports de ces groupements cellulaires avec les vésicules saines? Sur certaines préparations, on voit en quelques points, les amas épithéliaux déprimer la paroi de la vésicule, dans la lumière de laquelle fait saillie un petit bourgeon. Elle est donc simplement déformée, et sa ceinture épithéliale résiste encore. A un stade plus avancé, la paroi

de la poche est rompue, et les cellules qu'elle contient se continuent librement avec celles qui sont infiltrées dans les espaces inter-trabéculaires. On peut, sur une même coupe, constater ces différents aspects et parfois même assister à la transformation d'un adénome en cancer.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Observation 77)

A un faible grossissement, sur une préparation colorée au picro-carmin, on aperçoit, au milieu des vésicules saines, une zone, plus fortement teintée en rouge, d'aspect homogène, qui paraît formée de noyaux libres. Il faut examiner les caractères de ces lésions, en allant de la périphérie au centre de la partie dégénérée. A la périphérie se trouvent des vésicules de tailles inégales qui, à un fort grossissement, sont limitées par une seule couche de cellules cubiques et renferment une masse de matière colloïde, légèrement rétractée. Leur apparence est absolument normale. Refoulées excentriquement par la production centrale, elles sont, en certains points, pressées les unes contre les autres et séparées par de minces cloisons et, en d'autres points, isolées par une épaisseur plus grande de tissu conjonctif, dans lequel se trouvent des amas de cellules épithéliales.

Peu à peu, les cellules épithéliales inter-acineuses augmentent de nombre. Ce sont de grosses cellules cylindriques, tassées les unes contre les autres.

En se rapprochant encore au centre de la préparation, on voit se produire de nouvelles transformations ; les cellules polyédriques inter-acineuses, plus nombreuses et plus serrées, paraissent attaquer la paroi des vésicules. On voit même une de ces vésicules en voie de destruction ; en un point, la paroi a disparu, comme éventrée par de nombreuses cellules qui ont envahi presque toute la cavité, respectant seulement un petit espace en contact avec les cellules cylindriques de la partie saine de la paroi et rempli de matière colloïde. Dans un folli-

cule, situé à côté, on reconnaît encore les groupes en forme de nid, et on aperçoit de la matière colloïde, non collectée, mais infiltrée entre les cellules épithéliales.

A partir de ce point il est difficile de reconnaître la disposition typique de l'épithélium thyroïdien, les cellules formant de larges nappes, ou se groupant parfois en amas arrondis, avec un peu de matière colloïde diffuse. Dans la partie tout à fait centrale de la préparation les cellules se réunissent sous forme de longs boyaux minces, séparés par des travées conjonctives, qui circonscrivent des alvéoles très allongées et irrégulières.

Cette coupe résume les particularités les plus intéressantes de la structure habituelle du cancer. Au centre, il s'agit de la forme typique, telle qu'elle existe chez la plupart des malades, infiltration de cellules thyroïdiennes, reconnaissables à leur forme et à leur mode de groupement.

Mais comme cette coupe, par un hasard heureux, a porté justement sur une zone en voie de transformation maligne, il est possible d'y trouver toutes les formes de passage entre la tumeur bénigne et le cancer.

Le cancer paraît se développer à la manière d'un goitre inter-acinéux. Les éléments jeunes qui se multiplient au sein des amas inter-vésiculaires, repoussent et étouffent les follicules sains qui ne sont que secondairement envahis ; leur épithélium, loin d'être le point de départ de la néoformation thyroïdienne, lui oppose, au contraire, une certaine résistance.

b) *Cellules pavimenteuses*. — Les épithéliomies à cellules aplaties sont rares (1). Au milieu de bandes fibreuses on aperçoit de grands îlots de substance épithéliale dont les cellules centrales sont beaucoup plus petites et plus tassées qu'à la périphérie. En beaucoup d'endroits elles laissent une cavité remplie de substance colloïde, dont les bords sont limités par deux ou trois rangées de cellules aplaties. Dans le voisinage du centre de l'îlot épithélial, se trouvent des globes épidermiques.

On observe parfois cette double disposition avec une grande netteté : au milieu d'une charpente conjonctive déliée se trouvent des amas cellulaires qui, en certains endroits, forment de véritables globes épidermiques, dont les cellules périphériques portent des pointes de Schultze. A côté de ces formations, on voit aussi des cellules aplaties, disposées en forme de cercles, avec cavité centrale, remplie de substance colloïde, qui présentent un aspect identique à celui des vésicules thyroïdiennes (L. Dor).

Les cellules pavimenteuses peuvent se grouper de manière différente encore, sous l'aspect de boyaux, formés de grands éléments cellulaires aplaties, et, dans l'intervalle de ces bandes épithéliales, les vésicules thyroïdiennes sont déformées et comme étouffées.

Il est difficile d'expliquer la présence de ces cellu-

(1) Cas de Forster, d'Eppinger, de Lücke, de Kaufmann, etc. et, plus récemment, de Brindel et Liaras, de Merinet et Lacour, de Bufnoir et Milian, de Dor (inédit), etc.

les pavimenteuses au milieu des éléments thyroïdiens, puisque la glande normale n'en renferme pas. Brindel et Liaras croient que les cellules cylindriques peuvent accidentellement se transformer en cellules aplaties. A cette interprétation nous préférons celle de Wolfler, qui considère l'épithéliome à cellules plates, comme le produit de l'inclusion d'une partie d'un feuillet ectodermique dans la glande thyroïde, à la suite de la fermeture des fentes bronchiales. Ce serait ainsi un néoplasme analogue aux épithéliomas branchiogènes.

Cependant, si ces cellules appartiennent au type malpighien, si elles forment des globes épidermiques, elles se rapprochent néanmoins de l'épithélium thyroïdien, puisqu'elles s'agglomèrent en vésicule et secrètent de la substance colloïde. Il s'agit donc d'une formation intermédiaire, participant à la fois à la nature de l'épithélium malpighien et de l'épithélium glandulaire. Comment expliquer cette anomalie? Il est permis de croire que les cellules ectodermiques, invaginées dans la glande thyroïde, y subissent l'influence, mystérieuse encore, des cellules ambiantes. Par un phénomène d'induction vitale, leur évolution se modifie, s'accommode au milieu ambiant et, tout en conservant leur type morphologique, ces cellules aplaties tendent à se rapprocher des cellules thyroïdiennes, en s'agglomérant, comme elles, en vésicules, et en secrétant de la matière colloïde.

Stroma. — Les travées fibreuses qui circonscri-

vent les ilots et les boyaux épithéliaux, par leur disposition variée, jouent un grand rôle dans l'architecture de la tumeur.

Le stroma, en effet, se présente sous plusieurs aspects. Lorsque des tractus fibreux très minces, et des vaisseaux limitent des espaces ronds, ovalaires, ou allongés, la coupe a l'apparence du carcinome alvéolaire de Wölfler. Sous l'influence de la prolifération cellulaire, ces travées s'ouvrent et cet aspect alvéolaire peut disparaître. La charpente conjonctive revêt, dans d'autres cas, l'aspect de larges bandes fibreuses, circonscrivant des boyaux étroits et, même entre les fibres conjonctives qui la constituent, on aperçoit des cellules cancéreuses infiltrées ; il s'agit d'un processus réactionnel, lié à la prolifération épithéliale, et dont l'intensité et le degré d'évolution sont en rapport direct avec la lenteur du développement épithélial. Ces modifications de l'élément conjonctif donnent lieu aux variétés décrites, par Wölfler, sous le nom de carcinomes fibreux, myxomateux et télangiectasique.

A la périphérie de la tumeur, *le stroma se condense toujours en une capsule dont l'existence présente un grand intérêt*. Epaisse et résistante, elle isole le néoplasme des parties voisines encore saines et permet souvent une énucléation facile. Cependant, lorsqu'on pratique des coupes en des points variés de cette capsule, on aperçoit presque toujours des cellules épithéliales qui s'infiltrant peu à peu dans les plans les plus internes et même, dans certains cas, atteignent et dépassent la surface exté-

rieure. Et cependant, la capsule paraît saine, au point de vue microscopique. C'est le premier stade de la période d'envahissement extra-capsulaire, dont le caractère insidieux doit engager le chirurgien à faire toujours une ablation large, même dans les cas qui paraissent limités. Au premier abord, les kystes dégénérés semblent isolés du tissu glandulaire voisin par leur coque épaisse, et, en présence de cette disposition, le chirurgien est tenté de pratiquer simplement une énucléation, d'une exécution aussi facile que dans le goitre simple. La possibilité de l'infiltration des cellules cancéreuses au milieu des plans fibreux, en apparence sains, doit faire rejeter complètement les opérations économiques et, même dans les cas de dégénérescence intra-kystique, c'est à la thyroïdectomie partielle, qu'il faut avoir recours.

L'étude précédente laisse soupçonner quelle immense variété d'aspects présentent les combinaisons des types de malformation cellulaire, et de leur charpente fibreuse. Les transitions qui séparent les différents types de tumeurs malignes sont insaisissables, et il vaut mieux ne pas établir de catégories précises, parce qu'elles ne correspondraient pas à la réalité des choses. L'examen des cellules, de leurs rapports, et de leurs sécrétions, donne des renseignements suffisants sur leur nature plus ou moins embryonnaire et, par suite, sur leur degré de malignité.

Cependant *cette appréciation de la malignité d'une tumeur thyroïdienne* est moins simple qu'elle ne paraît tout d'abord. En premier lieu, les caractères

purement anatomiques sont parfois d'un jugement difficile et, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme qui reproduit presque la structure de la glande adulte, l'histologie ne peut pas séparer de façon certaine les tumeurs malignes des tumeurs bénignes. En second lieu, lorsque, le microscope étant entièrement affirmatif au sujet de la malignité, on donne à l'histologie le contrôle de la clinique, on constate que si, dans la plupart des cas, leurs résultats sont concordants, parfois aussi ils divergent de manière très appréciable.

En effet, une tumeur mérite le nom de tumeur maligne, non seulement lorsque son aspect est embryonnaire, mais aussi lorsqu'elle s'accroît vite et se généralise. Et, de même, un néoplasme, bénin au point de vue histologique, ne doit pas être considéré comme une tumeur bénigne, s'il se généralise, et si, cliniquement, il se comporte comme un cancer.

On voit des goîtres dont la structure possède le type thyroïdien adulte, qui envoient des métastases dans le squelette ou dans les viscères, et qui finissent par prendre eux-mêmes l'aspect et l'évolution du cancer. On voit aussi des tumeurs, histologiquement malignes, par exemple, les cas publiés par Brindel et Liaras, évoluer de façon très lente, s'accroître doucement, ne pas récidiver après ablation, ou seulement de manière tardive. Ces faits montrent que l'histologie, qui donne très souvent des renseignements précieux, doit être unie intimement à la clinique pour avoir un rôle tout à fait efficace, et que le degré

de malignité d'une tumeur ne doit pas être cherché uniquement dans son aspect anatomique.

L'anatomie seule est insuffisante, parce qu'une tumeur n'est pas un groupe cellulaire isolé et indépendant du sujet qui la porte, parce qu'elle est soumise à l'action que les cellules de l'organisme exercent les unes sur les autres, et à ce quelque chose d'inconnu, qui est la réaction propre de chaque individu vis-à-vis d'une agression quelconque, microbienne ou néoplasique.

De même que, chez certains sujets prédisposés, des microbes peu virulents provoquent une affection mortelle, de même une tumeur d'apparence bénigne peut, dans certains cas favorables, se comporter comme une tumeur maligne et se généraliser. D'autre part, quelques individus luttent efficacement contre des tumeurs de structure très maligne, qui s'accroissent lentement et ne métastasent pas.

Ces faits paraissent donc démontrer que la malignité réelle d'une tumeur ne doit pas être cherchée uniquement dans sa structure histologique, mais aussi dans son allure clinique, parce que la gravité de son évolution dépend à la fois de sa nature, et de la résistance propre et tout à fait inconnue du sujet qui en est porteur.

II. — CANCER CONJONCTIF

Le cancer conjonctif, *beaucoup moins fréquent que le cancer épithélial*, ne présente pas de struc-

ture spéciale, lorsqu'il s'attaque à la charpente de la glande thyroïde (1). Il est formé de cellules rondes, de cellules fusiformes, donnant lieu aux deux variétés, bien connues, le sarcome globo-cellulaire et le sarcome fuso-cellulaire, ces deux formes pouvant, d'ailleurs, coexister dans une même tumeur.

1^o Cancer conjonctif à cellules rondes. — Ces tumeurs embryonnaires du tissu conjonctif ont été décrites souvent, dans le corps thyroïde, sous le nom de sarcome globo-cellulaire, mais leur fréquence n'est qu'apparente, et vient de la confusion de cette forme avec les tumeurs épithéliales embryonnaires. Les cellules thyroïdiennes n'ont pas, à cette époque, de caractères bien distincts, et lorsqu'il n'existe pas de matières colloïde infiltrée dans les espaces inter-cellulaires, lorsque le stroma est très délié, la différenciation de ces deux types est chose difficile. Son aspect est le même que dans les autres régions. Les cellules conjonctives embryonnaires sont petites, homogènes, et ressemblent à des noyaux libres; elles se groupent en nappes, vivement colorées par le carmin, au milieu desquelles il est impossible de trouver des vésicules thyroïdiennes saines.

2^o Cancer conjonctif à cellules fusiformes. — Lorsque le noyau néoplasique se développe dans la

(1) On a décrit également le sarcome mélanique de la thyroïde. FRAENKEL : *Über ein Fall von prim. Melanosarkom der Schilddrüse* (*Prag. Med. Wochen.*, 1897).

glande, il modifie l'aspect de l'organe tout entier, de sorte qu'il est utile d'étudier la partie périphérique et la partie centrale.

Dans la région périphérique, on voit des vésicules et des boyaux thyroïdiens normaux, contenant de la substance colloïde.

Les follicules sont séparés par du tissu conjonctif fibrillaire. Par places, ce tissu conjonctif a proliféré et on remarque des couches concentriques et superposées de tissu cellulaire, séparées par des couches intermédiaires de nature glandulaire. L'aspect de cette disposition donne l'impression d'une force centrale à expansion périphérique, qui aurait déterminé la formation d'un tissu conjonctif lamellaire.

Dans la partie centrale, on remarque une prolifération du tissu interstitiel et des modifications des vésicules.

A mesure que l'on examine des coupes de plus en plus éloignées de la couche périphérique, on constate un épaississement des travées, qui séparent les vésicules. Ces larges travées sont formées par un réseau de fibres conjonctives dans lequel se trouvent de grandes cellules allongées, ou ovales, à gros noyau, bien coloré par l'hématoxyline. Par places, les coupes sont composées exclusivement de ce tissu à grosses cellules fusiformes, l'élément vésiculaire faisant complètement défaut.

Les vésicules se comportent de plusieurs façons sous l'influence de la prolifération du tissu interstitiel. Pendant les premiers stades, l'épithéliome réagit peu, les vésicules gardent leur aspect normal ;

parfois il présente l'aspect adénomateux (Kümmer). Le plus souvent, les éléments glandulaires sont détruits par le tissu sarcomateux, disparaissent d'abord par places, et ensuite de façon complète.

Des coupes, faites en des régions variées de la tumeur, montrent que les vésicules ont disparu partout et sont remplacées par des amas de cellules fusiformes ou de cellules rondes, qui infiltrent et détruisent la capsule en plusieurs points. On peut voir sur certaines préparations (Labbé) les vésicules se rétrécir progressivement sous la pression du tissu sarcomateux, la matière colloïde disparaître, et, se détruire les cellules épithéliales englobées au milieu du néoplasme.

III. CANCER ENDOTHÉLIAL. -- ENDOTHÉLIOME DES VAISSEAUX DE LA GLANDE THYROÏDE

Cette tumeur est d'une extrême rareté. Le premier cas a été décrit par Langhaus en 1879 ; il en existe deux autres cas, publiés en 1898 par Limacher.

1^o **Endothéliome des capillaires.** — La tumeur fut recueillie à l'autopsie d'une femme qui était atteinte, depuis plusieurs années, d'un goitre d'apparence maligne et qui, d'ailleurs, s'était généralisé. L'examen histologique montra que le point de départ du néoplasme était l'endothélium des vaisseaux capillaires et que, au contraire, l'épithélium thyroïdien ne jouait aucun rôle. Sur une coupe, on voyait les capillaires se dilater, l'endothélium s'épaissir, se trans-

former en épaisses cellules fusiformes, faisant saillie dans la lumière du vaisseau, qui persistait comme une fente irrégulière. Puis, par suite d'un accroissement plus grand, les cellules fermaient entièrement la cavité du vaisseau, et même diffusaient dans les parties voisines.

2^o Endothéliome des veines et des capillaires. — Cette seconde observation est à peu près semblable à la première. Un homme de 48 ans portait, depuis plusieurs années, une tumeur du volume d'une noix, qui grossissait de temps en temps, provoquait un pas de dyspnée, puis revenait ensuite à son état habituel. Dans les derniers temps, elle augmenta rapidement de volume, et le malade mourut d'une broncho-pneumonie.

L'examen histologique montra que l'endothélium des veines et des capillaires s'était fortement épaissi, que les cellules s'étaient multipliées, et qu'ainsi avaient pris naissance des fentes irrégulières à parois épaisses et compactes.

C. — DES MÉTASTASES

A un certain moment de leur évolution, les tumeurs thyroïdiennes laissent échapper dans les vaisseaux quelques cellules malades qui vont se greffer sur différents organes pour y former les noyaux métastatiques. Cette généralisation se produit de manière plus précoce et plus fréquente que dans les autres cancers, et on comprend quel intérêt s'attache à la

connaissance exacte de tous les détails de leur histoire, puisque leur présence rend souvent inutiles les tentatives de traitement chirurgical.

Le *goitre métastatique* paraît être une tumeur maligne, bien que un certain nombre d'auteurs : Lücke, Conheim, Heschl, soutiennent que les adénomes bénins peuvent donner des métastases. Il est vrai que ces tumeurs ont souvent un aspect histologique bénin, mais leur évolution clinique est d'une tumeur maligne, qui se généralise, et récidive après ablation. Aussi Wölfler les considère-t-il comme des adénomes malins. D'autre part, ces tumeurs qui évoluent lentement d'abord, se terminent comme des cancers et, souvent, des examens histologiques, pratiqués à une époque plus tardive, montrent qu'elles en ont pris la structure : un malade de Heschl, atteint d'une métastase d'adénome bénin, au dire de cet auteur, vint mourir cancéreux cachectique dans le service de Wölfler, qui fit le diagnostic histologique de carcinome.

Il existe, cependant, des cas où la tumeur primitive possède entièrement l'allure clinique d'un adénome bénin. Riedel a vu opérer, à Goettingue, un individu affecté d'une tumeur d'apparence sarcomateuse du maxillaire inférieur. A l'examen microscopique de la tumeur, qui avait débuté par l'os lui-même, on reconnut qu'il s'agissait d'un simple adénome thyroïdien. Huit ans après l'opération, ce malade mourut, sans récidive.

Les observations de cette nature sont rares. Evidemment, la tumeur thyroïdienne peut évoluer

lentement, et paraître bénigne au chirurgien qui ne suit pas le malade, mais les métastases récidivent, se généralisent et, tôt ou tard, les malades deviennent de vrais cancéreux. C'est pour cette raison que nous considérons comme des tumeurs malignes presque tous les goîtres métastatiques.

1^o Étiologie. — Il est à peu près impossible de savoir quelle est la cause déterminante des métastases. Les causes prédisposantes seules sont connues.

Les métastases se déposent dans des régions presque toujours identiques. Les ganglions du cou, du médiastin, ou de l'aisselle, les poumons, le foie, le squelette, les muscles sont le siège de ces cancers secondaires. De nombreuses statistiques ont établi le degré de fréquence de ces localisations.

L'examen de nos observations montre que les ganglions sont le plus souvent atteints, et ensuite, par ordre décroissant, les poumons, les reins, le foie, et le squelette, les autres organes n'étant envahis que d'une manière exceptionnelle.

Les statistiques des autres auteurs conduisent à des conclusions un peu différentes.

Hinterstoïsser, dans les 50 observations recueillies au Wiener Pathologisches Institut, a trouvé envahis 29 fois les ganglions du cou, 23 fois les ganglions rétro-sternaux, médiastinaux et bronchiques, 2 fois les ganglions rétro-péritoneaux et une fois seulement les ganglions axillaires. Quant aux autres organes, 29 fois il existait des noyaux dans le pou-

mon, 10 fois dans le squelette, 4 fois dans la substance cérébrale, 4 fois dans le foie, 3 fois dans les reins, une fois dans le cœur.

Von Straaten, publie, dans sa thèse une, statistique basée sur 71 cas de métastases :

Ganglions	44 fois
Poumons	41 fois
Os	20 fois
Foie	8 fois
Reins	4 fois
Substance cérébrale	4 fois
Cœur	2 fois
Péricarde	2 fois
Plèvres	1 fois
Glande sublinguale	1 fois

En somme, bien qu'il existe quelques divergences entre les résultats des différents auteurs, on peut conclure que les organes les mieux disposés à recevoir les localisations secondaires du cancer thyroïdien sont les ganglions, les poumons et le squelette, et que cette généralisation se produit avec une fréquence beaucoup plus grande que dans tous les autres cancers.

Influence de l'ancienneté de la tumeur primitive sur le développement des métastases. — Il serait très utile de connaître à quel moment de son évolution, le goitre malin se généralise. Malheureusement cette date est impossible à fixer de manière exacte, d'abord parce que le début de la tumeur principale est souvent très insidieux, et ensuite parce que les métastases viscérales n'attirent pas

l'attention par des symptômes bien nets. L'apparition des ganglions, ou des noyaux osseux, peut seule servir de point de repère et, encore, dans la plupart des observations, cette date n'est pas mentionnée de façon précise. Nous croyons, cependant, que les auteurs classiques donnent une trop grande importance à la fréquence et à la précocité de la généralisation. Dans beaucoup d'observations, on voit les noyaux secondaires viscéraux ne se montrer qu'au bout de plusieurs mois. Et même certains malades n'en présentent jamais.

OBSERVATION 2

(Résumée.)

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le docteur BERNOURD, assistant du professeur RENAUT.

Epithéliome du corps thyroïde. — Pas de généralisation.

Femme de 50 ans, de la Savoie, entre, au mois de novembre 1899, dans le service de M. le professeur Renaut, pour une volumineuse tumeur thyroïdienne.

Cette malade est atteinte depuis très longtemps d'un goitre qui ne la gênait d'aucune façon. Depuis quelques mois, celui-ci se mit à grossir beaucoup plus rapidement, et prit bientôt un volume énorme. En même temps la respiration devenait plus difficile.

On constate alors les phénomènes suivants :

La région cervicale est occupée par une grosse tumeur qui s'étend depuis l'os hyoïde jusqu'à la partie supérieure du thorax. Les veines sous-cutanées sont dilatées et la peau est normale. La surface est irrégulière et bosselée, de consistance inégale, dure en certains endroits et fluctuante en d'autres.

Les muscles sterno-cleido mastoïdiens sont soulevés par le

néoplasme qui se prolonge en arrière dans la direction de la nuque. On ne trouve pas de ganglions cervicaux, ni sus-claviculaires.

La voix est normale. La déglutition n'est pas douloureuse. La malade souffre d'une dyspnée continue, sans accès de suffocation. Sous l'influence des examens répétés auxquels est soumise la malade, la vitesse d'accroissement de la tumeur augmente encore, et les troubles respiratoires s'accroissent.

L'état général est bon. L'appétit est conservé. Pas d'amaigrissement. Aucun signe de cachexie.

La dyspnée devient de plus en plus intense. Mort.

Autopsie. — Examen de la tumeur et de la région cervicale.

On trouve une grosse masse qui occupe toute la région sous-hyoïdienne, et se prolonge en arrière autour des vaisseaux qui sont englobés en partie. La trachée n'est pas ramollie. En dessous de la tumeur il existe quelques ganglions qui se continuent avec les chaînes des ganglions médiastinaux également envahis.

Les deux lobes du corps thyroïde paraissent également atteints par la dégénérescence, leur surface est irrégulière et bosselée et, à la coupe, on constate l'aspect habituel du cancer thyroïdien.

La charpente de la tumeur est formée par des tractus fibreux qui viennent s'implanter sur la capsule, d'ailleurs interrompue par endroits. Les tractus circonscrivent de larges alvéoles, remplies d'une matière blanchâtre, molle et, dans quelques points, tellement diffuente qu'elle ressemble à du pus, et donne la sensation de flot.

Le tissu thyroïdien normal a presque complètement disparu cependant, il existe dans le voisinage du centre du lobe droit une masse du volume d'une noix qui ne paraît pas dégénérée. Les ganglions sont gros, mous et blanchâtres.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, de la rate, des reins et du squelette a montré qu'aucune métastase ne s'est produite.

Examen histologique : épithéliome cylindrique.

OBSERVATION 3

*Cancer thyroïdien. — Envahissement de la trachée.
Pas de métastases.*

Jean D..., 51 ans, d'Yzeron (Rhône), entre dans le service de M. Poncet, le 11 mai 1891, meurt 5 jours après.

Depuis l'âge de 25 ans, petit goitre gauche. Il y a six mois, un peu de gêne dans l'émission des sons. Depuis un mois et demi, développement rapide de la tumeur, dysphagie et, depuis huit jours, cornage et dyspnée. Amaigrissement.

Elat actuel : tumeur du lobe droit, dure, inégale et plongeant dans le médiastin antérieur. En arrière, ganglions nombreux. Larynx très dévié à gauche. Accès de suffocation. M. Jaboulay fait une thyrotomie et introduit un morceau de sonde œsophagienne de 12 cc., jusqu'à la bifurcation de la trachée. Mort trois jours après.

Autopsie. — Grosse tumeur du lobe droit, se prolonge jusqu'à la partie inférieure de la trachée. Ganglions. Le pneumogastrique est englobé. A la coupe, tissu dur, avec points purulents.

La trachée est serrée et envahie par des bourgeons néoplasiques dans sa partie postéro-supérieure ; au-dessous, petits noyaux secondaires jaunâtres, sur un fond infiltré.

Congestion intense des deux poumons.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION 4

GAYET. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1895.

*Un cas de cancer du corps thyroïde, avec propagation
à la trachée. — Trachéotomie. — Mort.*

E. M..., 45 ans, entre dans le service de M. Pollosson, pour une tumeur thyroïdienne. Pas de goitre antérieur. Depuis trois mois, augmentation du volume du cou et gêne de la respira-

tion. Depuis un mois, dyspnée, crises de suffocation, hémoptysies.

Tumeur dure du lobe gauche. Crises de suffocation et dysphénie. Trachéotomie. Mort deux heures après.

A l'autopsie, volumineuse tumeur thyroïdienne, végétant dans la trachée qui est perforée comme à l'emporte-pièce. Le paquet vasculo-veineux est englobé, de même que le recurrent gauche. La paroi œsophagienne est infiltrée. Ganglions carotidiens.

Pas de métastases viscérales, ni squelettiques.

L'examen histologique de la tumeur et des ganglions est pratiqué par M. Bérard : carcinome thyroïdien.

OBSERVATION 5

Thèse ORCEL. — Observation XI.

*Cancer du corps thyroïde. — Mort au bout de trois mois.
— Pas de généralisation.*

G. H..., 67 ans, de Bourg-la-Valme, service de M. Poncet, 1886.

Depuis trois mois, tumeur thyroïdienne gauche. Depuis quinze jours, accroissement rapide. Respiration et déglutition pénibles.

Tumeur énorme sur la partie gauche du cou, adhérente aux parties profondes. Douleurs, Dysphonie, Disphagie. Mort d'asphyxie.

Autopsie. — Corps thyroïde, transformée en bouillie creusée de kystes. *Pas de noyaux viscéraux.*

Diagnostic histologique : tumeur formée de tissu thyroïdien embryonnaire.

OBSERVATION 6

Cancer de la glande thyroïde. — Noyaux métastatiques

D....., Jeanne, 60 ans, cultivatrice, entre à la clinique en décembre 1894.

Tumeur développée sur un ancien goitre du lobe droit, sillonnée de gros vaisseaux, et animée d'impulsions isochrones au pouls. Pas d'adhérences aux organes voisins, ni à la peau. Le paquet vasculo-nerveux ne peut pas être délimité facilement dans le voisinage de la tumeur. Ganglions carotidiens.

Au niveau de l'angle externe de l'orbite gauche, *à la suite d'un traumatisme survenu il y a 4 mois*, apparut une tumeur pulsatile. Petites tumeurs analogues sur le crâne.

Dyspnée. Amaigrissement considérable. Pas de signes de métastases viscérales.

M. Jaboulay incise les parties molles. Une tentative de dénudation provoque une hémorrhagie considérable.

Tamponnement et pansement.

La malade meurt trois jours après. Autopsie : médiastinite antérieure suppurée, tumeurs métastatiques dans les os du crâne, pas de noyaux viscéraux.

OBSERVATION 7

Observation X — Thèse BERTRAND

Cancer de la thyroïde — Métastases multiples

P....., grainetier, âgé de 57 ans, de Condrieu (Rhône), entre le 4 novembre 1892, dans le service de M. Poncet.

Vieux goitre, datant de 12 à 14 ans. Depuis 6 mois augmentation plus rapide de volume, et apparition de ganglions, dans la région sus-claviculaire et sous-maxillaire. Quelques douleurs occipitales, pas de gêne respiratoire.

Depuis 5 jours, accroissement rapide. On constate une tumeur

volumineuse, plus développée à gauche. Dysphonie. Pas de troubles de la respiration. Gros ganglions en chapelet, du volume d'une petite noix, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule.

Le malade, incurable, retourne chez lui. Son médecin, le docteur Aribault, nous écrit que le malade a succombé six semaines après. Cachexie rapide. Douleurs. *Généralisation aux aines, aux aisselles et à la paroi abdominale.*

OBSERVATION 8

Thèse ORCEL. — Observation VI.

Cancer aigu. — Evolution totale en deux mois. — Mort.

P..., Françoise, 66 ans, de Vourcieux (Loire). Service de M. Tripier, 1889.

Pas de goitre antérieur. Tumeur thyroïdienne depuis deux mois. Symptômes fébriles, douleurs, gêne de la déglutition et de la respiration, amaigrissement. Enorme tumeur thyroïdienne adhérente au sternum et aux parties profondes. Température élevée. Mort.

Autopsie. — Noyaux cancéreux dans les deux lobes. Ganglions carotidiens. *Métastases sur la plèvre et le poumon.* Diagnostic histologique : épithéliome.

En résumé, *l'époque d'apparition des noyaux métastatiques varie dans de très grandes proportions, suivant les individus.* Dans la plupart des cas, il existe un intervalle de quelques jours au moins, entre le moment où la tumeur est cliniquement appréciable, et celui de la généralisation. *Souvent, cette généralisation est assez tardive et, parfois même elle ne se produit pas, comme en témoignent les observations de guérison définitives par extirpa-*

tion d'une tumeur déjà ancienne et les relations d'autopsie au cours desquelles aucune métastase ne fut découverte.

Les localisations secondaires se produisent sans raison apparente. Cependant les traumatismes ont parfois une influence très nette. C'est à la suite d'un coup sur la tête, par exemple, qu'on voit se développer une tumeur osseuse. Ce facteur étiologique est exceptionnel. Une seule fois, M. Poncet a vu se développer, dans ces conditions, un noyau squelettique (Obs. 6). Jøger a trouvé six observations analogues.

2° **Pathogénie.** — D'où vient cette extrême fréquence de la généralisation dans le cancer thyroïdien?

La principale cause est, sans doute, la structure particulière du corps thyroïde. C'est un organe très vasculaire, où les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont enfermés dans une capsule, au moins au début de leur évolution. Les bourgeons cancéreux végétant au milieu de ce tissu vasculaire, comprimés d'autre part par la nappe fibreuse périglandulaire, effondrent la paroi des vaisseaux, et le courant lymphatique, ou sanguin, qui vient battre ces groupes cellulaires, les désagrège, et entraîne avec lui quelques éléments malades qui se greffent alors en différents points de l'économie.

Ces conditions mécaniques paraissent jouer un rôle plus grand peut-être que la nature même de la tumeur, puisque les tumeurs bénignes elles-mêmes

peuvent se généraliser. Cependant, la fréquence des métastases est en raison directe de la malignité, et c'est une conséquence bien naturelle de la structure des tumeurs malignes. Leur puissance d'accroissement est plus considérable, l'envahissement des vaisseaux se fait plus facilement et, d'autre part, leur tissu, encore embryonnaire, est moins solidement constitué ; les cellules n'étant pas réunies par un stroma bien organisé, se désagrègent sous la moindre influence, et émigrent en suivant les voies lymphatiques ou sanguines.

Ces hypothèses reposent sur quelques faits précis. L'examen des vaisseaux de la thyroïde, dans des cas de cancer métastatique, a montré leur envahissement par des bourgeons néoplasiques. Letulle et Meslay ont vu un ganglion adhérent à une grosse veine atteinte de phlébite cancéreuse. Van Straaten a trouvé 16 cas comparables à celui-ci. Kummer a fait des coupes d'un thrombus veineux développé dans un sarco-adénome thyroïdien. Hesse (1), dans sa thèse de Wurtzbourg, fournit également des arguments à l'appui de cette opinion.

Ces lésions vasculaires ont été trouvées toutes les fois qu'on a pris la peine de les rechercher. Il est probable qu'elles existent dans la plupart des cas, et qu'elles représentent la véritable origine des métastases thyroïdiennes.

L'extrême richesse de la glande thyroïde en lym-

(1) HESSE. — *Struma maligna, in venas progrediens*. Wurtzburg, 1895.

phatiques (Rivière), les connexions nombreuses et importantes qui réunissent ce réseau aux ganglions du cou, expliquent, de manière très simple, la précocité et la fréquence de ce mode de généralisation.

La prédilection des métastases pour les poumons et les os est due, sans doute, à la vascularisation extrême de ces organes. Les circulations veineuse, thyroïdienne et broncho-pulmonaire sont étroitement solidaires l'une de l'autre. Le groupe des veines thyroïdiennes inférieures profondes (Bérard), naît des veines communicantes inférieures et de la face postérieure des lobes, descend le long de la trachée, et s'anastomose avec les veines de cet organe ; ces veines sont toutes avalvulées et établissent ainsi une large communication entre la circulation thyroïdienne et les origines des veines bronchiques. Les cellules cancéreuses peuvent suivre cette voie et, comme elles trouvent dans le poumon un terrain très vasculaire et comparable, à ce point de vue, à la thyroïde, elles s'y fixent et s'y multiplient. Le tissu spongieux est aussi un milieu très vasculaire, et c'est pour cette raison, sans doute, que le sternum, les os du crâne, les fémurs, etc., voient si souvent des tumeurs se développer dans leur intérieur.

Ces considérations expliquent d'une manière grossière les localisations des métastases dans certains organes ; mais nous ne savons pas encore pourquoi certaines tumeurs se généralisent très vite, et pourquoi d'autres tumeurs restent indéfiniment silencieuses, au sein d'un lobe thyroïdien, ou bien végè-

tent abondamment, sans s'accompagner de noyaux secondaires.

3^o **Structure.** — Il convient d'envisager successivement l'aspect macroscopique et la structure histologique de ces métastases.

a). *Aspect macroscopique.* — Les *ganglions* carotidiens et sus-claviculaires sont atteints d'abord, puis les ganglions médiastinaux, bronchiques, rétro-péritoneaux et, parfois, les ganglions axillaires. Ils se présentent alors sous l'aspect que nous avons décrit plus haut.

Les *noyaux pulmonaires* occupent toute l'étendue de l'organe, à sa surface ou dans la profondeur. Ils forment également un véritable semis sur la plèvre, dont les deux feuillets peuvent être écartés l'un de l'autre par un épanchement hématique. Ce sont de petites masses blanchâtres, de forme irrégulièrement arrondie, de consistance dure, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix. On peut rencontrer seulement deux ou trois noyaux dans un lobe pulmonaire, ou bien un nombre plus considérable, trente, quarante et même davantage.

Ils paraissent se développer autour d'un vaisseau et souvent ne contractent aucun rapport avec les tubes bronchiques. Lorsqu'ils arrivent en contact avec une bronche, ils ulcèrent sa paroi et provoquent des hémoptysies.

Les *métastases osseuses* présentent l'aspect d'un

ostéo-sarcome avec lequel elles ont été souvent confondues.

On les voit se développer dans toutes les régions du squelette, dans les os du crâne, les os du nez, les os longs, l'atlas et l'axis, la colonne vertébrale, le sternum, etc., sous la forme de tumeur de consistance dure, ou bien d'aspect fongueux, dont la vascularisation est toujours très considérable. Ce sont de véritables tumeurs pulsatiles. Dans une observation de Cramer, un homme de 49 ans, auquel un goitre avait été enlevé, portait à la partie supérieure de la poitrine, une tumeur qui fut prise pour un anévrysme de l'aorte. Après un essai d'intervention, le malade mourut et on constata que le prétendu anévrysme était une tumeur vasculaire qui reproduisait le type histologique des tumeurs de la thyroïde. L'autopsie prouva également que la tumeur thyroïdienne était un cancer, alors que le premier examen histologique n'avait rien montré de suspect.

Cette vascularisation des métastases osseuses est si grande, que les essais d'extirpation donnent des hémorrhagies considérables, obligent parfois le chirurgien à des interventions incomplètes ou provoquent des accidents sérieux.

L'évolution de ces tumeurs est très lente. Elles récidivent après l'ablation et peuvent, dans une certaine mesure, bénéficier du traitement du néoplasme primitif. Jaboulay, à la suite d'une exothyropexie chez un individu atteint de métastase osseuse pulsatile, vit cette tumeur secondaire entrer en

régression et diminuer beaucoup de volume. Il s'agissait bien d'un cancer, car le malade, quelque temps après, fut emporté par une généralisation pulmonaire.

Habituellement les tumeurs secondaires sont influencées de manière défavorable par l'intervention sur le corps thyroïde, et dans certains cas, les essais d'extirpation d'un goitre cancéreux provoquent l'apparition du cancer osseux ou viscéral, de même qu'une opération incomplète pour une tuberculose locale, provoque parfois une infection aigüe généralisée. Hofmann cite le cas d'un individu, chez lequel l'intervention fut suivie du développement d'une métastase osseuse pulsatile.

Les *noyaux secondaires*, localisés dans le *foie*, les *reins*, la *rate*, le *pancréas*, les *muscles*, les *téguments*, etc., présentent les caractères habituels des généralisations cancéreuses et ne méritent pas une description spéciale. Les métastases cutanées n'ont été observée, jusqu'à présent, que par M. Bard. Les noyaux musculaires sont également très rares.

OBSERVATION 9

Thèse de GRUIÉ. — Obs. XIX résumée

Cancer épithélial du corps thyroïde. — Généralisations multiples. — Lymphangites néoplasiques réticulaires de la peau de l'abdomen.

Homme de 31 ans, entre le 9 octobre 1898 dans le service de M. Bard, Bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Pas de goitre

antérieur. N'habite pas un pays à goitre. Au mois de mai dernier, apparition d'un petit goitre. Depuis deux mois, enrouement. Jamais de douleurs. *Induration violacée des plis inguinaux qui s'étend peu à peu à l'abdomen et aux cuisses.*

OEdème des paupières. L'œil droit est refoulé en avant.

Au sommet gauche, matité et silence complet. Pas de ganglions. OEdème dur de la jambe droite.

Goitre de consistance dure, irrégulier, bosselé, surtout développé à gauche, et repoussant la larynx à droite.

Pas de température.

Le malade quitte l'hôpital trois jours après son entrée.

OBSERVATION 10

Observation I, thèse d'ORCEL.

Cancer du corps thyroïde, avec généralisations multiples.

Homme, 67 ans, de Lyon, salle St-Pierre, 1886. Début il y a 6 mois. Grosse tumeur thyroïdienne bilatérale, dyspnée, dysphagie. Depuis deux mois, *apparition de petites tumeurs sous-cutanées au niveau de l'épigastre et du pli génito-crural.* Mort.

Autopsie. — Nodules cancéreux sous cutanés de la plèvre, des poumons, du diaphragme, du rein droit et du pancréas. Epithéliome thyroïdien.

OBSERVATION 11

Observation II, thèse ORCEL.

Cancer latent du corps thyroïde.

Femme 64 ans, de Trévoux, salle Ste-Marie, 1888. Goitre ancien. Depuis un mois, *tumeurs violacées, dures, arrondies, disséminées sur la paroi abdominale.* Ganglions, cachexie, mort.

Autopsie. — Nodule cancéreux au centre du lobe gauche

du corps thyroïde. Métastases dans la peau, les médiastins, l'épiploon, la rate, le tissu cellulaire sous-péritonéal, le pancréas et les reins.

OBSERVATION 12

Lyon Médical, PIC, 1888.

*Cancer thyroïdien, avec cancer secondaire
du soléaire et des jumeaux.*

Femme de 62 ans ; depuis un an tumeur thyroïdienne, dysphagie, dyspnée, ganglions. Tumeur à la face postérieure de la jambe. Trachéotomie. Mort.

Autopsie. — Sarcome thyroïdien. *Noyaux secondaires dans les jumeaux et le soléaire.* Pas d'autres métastases.

b). *Etude histologique.*— Les noyaux secondaires reproduisent la structure de la glande thyroïde, en se rapprochant davantage du type normal que la tumeur primitive. C'est un fait confirmé par beaucoup d'auteurs, que les néoformations métastatiques se distinguent par la simplicité de leur forme et par l'existence de vésicules saines. Eberth a trouvé, dans le poumon d'un individu atteint d'épithéliome du corps thyroïde, des noyaux secondaires qui présentaient les caractères de la glande saine. Il qualifie ce phénomène de « Umkehr zum Besseren, retour vers le mieux ».

Cette différence de structure entre la tumeur primitive et le noyau métastatique reconnaît peut-être pour cause les nouvelles conditions dans lesquelles se trouve placée la greffe cellulaire et l'influence de

l'organe dans lequel elle s'est établie. Les conditions de circulation et de nutrition sont changées ; les autres parties de la glande thyroïde ne gênent plus son évolution.

Cette tendance des tumeurs malignes à reproduire dans leurs noyaux de généralisation la structure de la glande normale, a conduit beaucoup d'auteurs à considérer comme fréquentes les métastases de goitre bénin. Ces métastases existent assurément, mais de façon très exceptionnelle ; comme règle générale, il faut considérer comme malin tout goitre qui se généralise. Il est tout à fait illégitime de tirer de l'apparence microscopique de tumeurs métastatiques consécutives à un goitre, des conclusions quelconques sur la nature de la tumeur primitive.

Les nombreuses observations allemandes publiées depuis les premières recherches d'Eberth, montrent qu'il existe peu de rapports entre la structure de la tumeur thyroïdienne et celle de ses métastases, et que la règle du « retour vers le mieux » n'est pas exacte, puisque des goitres, histologiquement bénins, produisent parfois des noyaux secondaires dont l'aspect carcinomateux est d'une netteté absolue.

Quelles que soient ces modifications de structure, il est toujours facile de reconnaître dans une tumeur secondaire son origine thyroïdienne.

Voici un type de noyau métastatique (Obs. 59) : « Dans les coupes pratiquées au niveau des ganglions (présacrés), en prenant un endroit où le néo-

plasme paraissait absolument pur, on constatait, à un faible grossissement, toutes les apparences d'un goitre : petites vésicules contenant un liquide d'apparence colloïde, coloré en jaune orangé par le picrocarmin. Mais, à un examen pratiqué avec un plus fort grossissement, l'aspect était un peu plus complexe. On retrouvait bien encore de petites vésicules, mais celles-ci n'étaient nullement tapissées par un revêtement interne de petites cellules ; il y avait, au contraire, de grosses cellules, pourvues d'un gros noyau nucléé, dont quelques-unes se trouvaient au sein même de la vésicule. Et, dans les intervalles des vésicules, on pouvait voir très nettement des amas de cellules n'ayant pas de tendance à former des vésicules, et dont on ne peut mieux décrire la disposition qu'en les comparant à des cellules d'alvéoles cancéreuses dont le stroma serait un tissu hyalin, infiltré de substance colloïde de couleur jaune orangé, rappelant, en somme, le cancer du corps thyroïde » (L. Dor).

Il existait, en même temps, un noyau dans le fémur. L'aspect était absolument identique, sauf qu'il y avait en plus des trabécules osseuses à bords déchiquetés, rongées par une sorte de désintégration moléculaire semblable à celle que l'on rencontre dans les autres cancers des os.

Ces métastases thyroïdiennes ont le caractère particulier de tendre toujours à reproduire la structure de la glande et parfois avec retour au mieux lorsqu'il s'agit de métastases d'un épithélioma.

Jaeger a rassemblé, dans sa thèse, faite sous la

direction de Krönlein, tous les cas connus de tumeurs métastatiques et les range en quatre catégories.

1^o La première contient les cas de métastases de goitre malin, dans lesquelles se trouve du tissu thyroïdien normal. C'est la disposition la plus fréquente.

2^o Dans la seconde classe se trouvent les cas de métastases contenant du tissu carcinomateux, et provenant cependant de goîtres en apparence bénins.

Ces faits sont donc entièrement opposés à la théorie d'Eberth et de Wolfler. L'observation du malade de Feurer est un bel exemple de ce genre de lésions : une femme de 57 ans, portait une tumeur du pariétal. On l'extirpa. L'examen histologique montra qu'elle était formée de tissu cancéreux thyroïdien. La malade fut alors opérée de son goitre, qui récidiva, et elle mourut dix mois après. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne. Ainsi, une tumeur primitive, histologiquement bénigne, se comporte cliniquement comme un cancer, et donne des noyaux métastatiques, dont la nature maligne est indiscutable. L'histologie est donc incapable de donner un critérium suffisant entre les goîtres bénins et les goîtres malins.

3^o Les deux autres catégories de Jaeger se composent des cas dans lesquels on peut se demander si le goitre était de bonne ou de mauvaise nature, et si les métastases ne contenaient pas, à côté du tissu du goitre, du tissu cancéreux, et les cas de métastases de goitre bénin, dans lesquels l'examen ne faisait découvrir aucune trace de tissu cancéreux.

En résumé, la *structure histologique d'une tumeur métastatique rappelle toujours la constitution de la glande thyroïde. La nature bénigne ou maligne est parfois indépendante de celle de la tumeur primitive, et, après l'examen d'un noyau secondaire, on ne peut pas affirmer le degré de malignité du goître qui lui a donné naissance.*

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

SOMMAIRE. — *Influence du cancer glandulaire sur les sécrétions. — Hyperthyroïdation et dysthyroïdation dans la thyrocarcinose ; preuves histologiques, chimiques et cliniques (cachexie cancéreuse thyroïdienne). — Hypothyroïdation et rôle des métastase. — Conclusions.*

Les bouleversements anatomiques, que subit une glande atteinte de cancer, modifient de manière profonde la quantité et la nature de ses sécrétions. Les cellules épithéliales ont proliféré abondamment et sont revenues à l'état embryonnaire, et leurs rapports avec les canaux excréteurs et les vaisseaux lymphatiques et sanguins, se sont transformés. Il est donc logique qu'à leur tour, les produits de l'activité glandulaire, subissant l'influence de ces changements, s'exagèrent, ou se suppriment, ou s'altèrent.

Dans la dégénérescence maligne des glandes à fonction importante, ces phénomènes ont été maintes et maintes fois constatés. Les cellules pancréatiques cancéreuses ne peuvent plus former les produits qui, déversés dans l'appareil circulatoire, régissent, de

manière directe ou indirecte, la teneur en sucre du sang, et la glycosurie apparaît alors.

La suppression, et surtout l'altération d'une sécrétion normale, sont d'autant plus importantes que l'épithélium malade est plus nettement différencié ; chacun connaît la rapidité avec laquelle survient la cachexie dans le cancer de la muqueuse gastrique.

La dégénérescence de la glande thyroïde, dont l'existence est indispensable à l'organisme, est suivie fatalement de troubles sécrétoires, en rapport avec la nature et l'étendue des lésions. Nous savons que ces lésions varient depuis l'adénome malin, où les cellules épithéliales ne sont pas modifiées, jusqu'au cancer à éléments embryonnaires, en passant par toute une série de formes intermédiaires de malignité progressivement croissante ; nous savons aussi que quelques noyaux cancéreux peuvent exister seuls au milieu d'une glande saine, tandis que, dans d'autres cas, il est impossible de trouver une parcelle de tissu glandulaire normal, au milieu des masses néoplasiques qui ont envahi le corps thyroïde tout entier. La nature et le rôle des sécrétions de ces tumeurs doivent être aussi variables que leur aspect anatomique.

L'étude histologique et chimique de la glande dégénérée et de ses métastases, complétée par l'observation clinique, nous montre, que dans le cancer, la fonction thyroïdienne est modifiée par l'exagération et l'altération des sécrétions, ou bien par leur suppression.

A. — Exagération et altération de l'activité thyroïdienne. — Hyperthyroïdation et dys-thyroïdation dans le cancer.— La glande thyroïde sécrète une substance facilement visible. L'examen d'une coupe de tumeur thyroïdienne renseigne immédiatement sur la présence ou l'absence de substance colloïde, et sur sa quantité. Dans les adénomes malins, on l'aperçoit au centre des vésicules ; dans les tumeurs plus jeunes, elle s'infiltre entre les cellules épithéliales, et, dans les tumeurs tout à fait embryonnaires, elle disparaît complètement. Le simple examen ne donne des indications que sur la quantité de substance colloïde sécrétée ; il montre également que les voies d'excrétion sont modifiées par les changements de l'architecture connectivo-vasculaire de la glande.

Quant à la qualité de cette substance colloïde, il est infiniment probable qu'elle varie avec l'âge de la cellule et que la sécrétion d'une cellule épithéliale jeune est différente des produits de l'activité d'une cellule adulte. Les propriétés histo-chimiques de ces produits de sécrétion permettent d'apprécier leurs modifications. Cette étude n'a pas été faite encore dans le cancer thyroïdien, mais, dans ses recherches sur le goitre exophtalmique, M. Renaut a montré que les matières sécrétées dans les follicules néoformés ne sont pas les mêmes que dans les follicules plus anciens. Cette matière jeune ne se colore pas par l'éosine, elle est identique à la substance brillante qu'on trouve dans la thyroïde d'un fœtus de trois mois. Cette substance que

sécrète l'épithélium thyroïdien, quand il est jeune, M. Renaut la nomme thyro-mucoïne, réservant le nom de thyro-colloïne au produit de sécrétion normale qui répond comme constitution histo-chimique, à la matière colloïde telle qu'on la connaît.

Ces faits montrent que la quantité et la nature du produit de sécrétion varient avec l'âge de la cellule, conclusion que le raisonnement faisait prévoir. Il sera facile d'étudier, à l'avenir, quelles sont, dans le cancer, les modifications histo-chimiques de la substance colloïde.

Les examens chimiques de la glande thyroïde ont montré que la présence de l'iode, du brome et de l'arsenic constitue le meilleur signe de son activité. La recherche du brome et de l'arsenic n'a été pratiquée encore que sur des glandes thyroïdes normales. Quant à l'iode, certaines tumeurs malignes en contiennent, tandis que certaines autres n'en renferment aucune trace. Ewald, examinant par la méthode de Baumann, un adéno-carcinome de la glande thyroïde, qui avait subi la dégénérescence graisseuse et formait une bouillie informe, ne trouva pas d'iode. Au contraire, M. Dor, étudiant au même point de vue, un épithéliome thyroïdien, extirpé à un de nos malades, a trouvé de l'iode en quantité notable. Il s'agissait d'un cancer encore au début, développé chez un homme qui présentait des signes de dysthyroïdation.

En somme, ces recherches histologiques et chimiques montrent que, suivant la forme et l'étendue du cancer, suivant qu'il y a hyperproduction ou

suppression des éléments sécréteurs, on constate une exagération ou plutôt une adultération de l'activité sécrétaire, ou bien une suppression complète.

Les symptômes généraux, qui accompagnent l'évolution du cancer thyroïdien, présentent une physionomie spéciale, en rapport avec les transformations fonctionnelles de la glande.

On sait que la cachexie cancéreuse, loin de consister simplement en un phénomène banal d'affaiblissement dû à l'ulcération du néoplasme, aux hémorrhagies, ou aux douleurs, est une véritable intoxication chronique, capable d'évoluer parfois de façon aiguë, et d'atteindre ainsi une grande rapidité d'action. Les sécrétions, supprimées ou adultérées par la dégénérescence maligne, varient avec chaque glande. Aussi n'est-il pas étonnant que le cancer du corps thyroïde marque l'organisme tout entier d'une empreinte différente de celle qui caractérise, par exemple, le cancer de l'estomac ou le cancer du pancréas.

Après avoir examiné les signes de la cachexie cancéreuse thyroïdienne, nous verrons qu'il est possible de la considérer comme une intoxication due aux modifications de la sécrétion glandulaire, comme un phénomène de dysthyroïdation.

La thyro carcinose n'altère souvent l'état général que d'une manière fort tardive. Mais, avant l'apparition de la cachexie décrite par les auteurs classiques, on voit survenir un certain nombre de phénomènes, qui coexistent rarement chez le même

malade, mais se rencontrent à l'état isolé chez un grand nombre.

4^o *Signes cardio-vasculaires, tremblement, exophtalmie, amaigrissement rapide.* — La tachycardie est signalée dans beaucoup d'observations, accompagnée ou non de palpitations. Le tremblement présente, dans le cancer, des caractères analogues à celui de la maladie de Basedow. Quant à l'exophtalmie, c'est un phénomène beaucoup plus rare, bien qu'il soit signalé dans plusieurs de nos observations. L'amaigrissement rapide est un signe fréquent.

Il est exceptionnel de rencontrer simultanément ces trois symptômes : cependant le cancer se manifeste parfois, au début de son évolution, sous l'aspect du goitre exophtalmique. M. Bouveret a bien voulu nous communiquer l'observation d'un malade qui, goitreux depuis de longues années, vit sa tumeur subir brusquement un accroissement rapide, en même temps qu'apparaissaient les signes habituels de la maladie de Basedow. La suite de son histoire montra qu'il s'agissait d'un cancer thyroïdien.

Nous savons, depuis les recherches de M. Renaut, que les troubles basedowiens sont dus, dans certains cas, à une véritable intoxication par les produits modifiés de la glande thyroïde, intoxication comparable à celle du thyroïdisme expérimental. L'apparition de ces signes, dans le cancer, s'explique plus facilement encore : la quantité et la qualité de la sécrétion ont changé, la glande déverse et dans

la circulation des produits anormaux, une iodothy-rine adultérée, qui provoque de la part de l'organisme des réactions variées de forme basedovienne.

2^o *Troubles vaso-moteurs et thermiques.* — Les malades se plaignent parfois d'une sensation perpétuelle de chaleur, ou de bouffées congestives ; ils se figurent avoir la fièvre.

Celle-ci existe, d'ailleurs, de façon réelle, quoique beaucoup de malades atteints d'épithéliome thyroïdien, soient demeurés apyrétiques pendant toute la durée de leur séjour à l'hôpital. Lorsqu'elle existe, l'élévation de température est peu considérable : 38, 38,5, 39°, et ne s'accompagne pas d'un état général fébrile. Elle est due, probablement, comme la fièvre thyroïdienne décrite par MM. Poncet et Bérard, à la suite des opérations de goitre, au passage, dans la circulation sanguine, des produits de sécrétion de la glande malade, dont la toxicité est augmentée par la dégénérescence de l'élément épithélial sécréteur.

3^o *Troubles de la sécrétion urinaire.* — L'analyse complète de l'urine a été rarement pratiquée dans le cancer. Nous avons recherché chez quelques-uns de nos malades les variations de l'albumine, de l'urée et du sucre. Les résultats ont été assez variables. Chez un vieillard, malade depuis plusieurs mois, 7 gr. 5 d'urée, étaient éliminés en 24 heures ; ni sucre, ni albumine. Au contraire, une femme

encore jeune, atteinte depuis peu de temps d'un épithéliome à marche rapide, perdait par jour 56 gr. d'urée, et l'urine était albumineuse. Un dernier malade présentait un phénomène beaucoup plus intéressant encore. Cet individu était porteur d'un épithéliome thyroïdien. Il s'était beaucoup amaigri et se plaignait de palpitations. Son urine contenait en moyenne, par 24 heures, 30 grammes d'urée, de l'albumine et du sucre. La tumeur fut extirpée, et les jours suivants, nous avons vu l'albumine et le sucre disparaître, et le taux de l'urée tomber à 10 grammes.

Ce fait montre, de façon évidente, le mode d'action d'une tumeur maligne thyroïdienne sur les échanges interstitiels. Pendant la période où le néoplasme versait dans la circulation ses produits adultérés, le taux de l'urée était élevé et l'urine contenait de l'albumine et du sucre. Et ces désordres étaient bien en rapport direct avec la tumeur, puisque son extirpation les supprima.

D'ailleurs, on sait depuis longtemps déjà, que la glande thyroïde joue dans les échanges nutritifs un rôle imprécis encore, mais certainement important. Après la thyroïdectomie totale, l'excrétion de l'azote subit une notable diminution ; le taux de l'urée et de l'acide urique s'abaisse également ; d'après Vermehren, il y aurait 6 ou 7 gr. d'azote éliminés en moins. Au contraire, à la suite de l'opothérapie thyroïdienne, la suractivité de la désassimilation des matériaux albuminoïdes se manifeste par une augmentation de l'excrétion de l'azote, qui peut

atteindre le triple de la quantité normale, par l'accroissement de la quantité de l'urée éliminée, et même, lorsque la dénutrition devient intense, par de la glucosurie alimentaire, transitoire ou permanente. Cette propriété du suc thyroïdien doit être rapprochée de ce fait, qu'on peut provoquer aisément chez les basedowiens, une glucosurie alimentaire, en leur faisant ingérer une petite quantité de sucre. Il n'est pas rare de trouver du sucre dans leur urine. Cette glucosurie peut être due à l'action du produit adultéré de la sécrétion thyroïdienne sur la région bulbaire dont l'irritation détermine le plus souvent le diabète nerveux.

Il est donc prouvé que l'hypothyroïdation et l'hyperthyroïdation ou les altérations des produits thyroïdiens dans la maladie de Basedow, s'accompagnent de modifications des échanges interstitiels. Par conséquent, on ne doit pas s'étonner de voir la dysthyroïdation d'un organisme en puissance de cancer thyroïdien, se traduire par des phénomènes à peu près analogues.

4^o *Cachexie*. — La cachexie proprement dite, amaigrissement, perte des forces, etc., n'apparaît qu'à une époque si tardive, que bien souvent les malades meurent d'accidents de compression avant qu'elle se soit montrée. Il semble que l'épithéliome thyroïdien sécrète une substance presque identique à l'idothyrene normale et dont l'influence sur l'organisme ne se traduit d'abord que par les troubles que nous avons étudiés plus haut. On voit des

malades, atteints depuis plusieurs mois d'énorme tumeur thyroïdienne, respirant mal, se plaignant d'éprouver des douleurs au moment de la déglutition, qui cependant ne présentent pas le moindre signe de cachexie.

Au contraire, certaines formes aiguës ont une malignité redoutable et une allure hypertoxique. Avant l'apparition de la tumeur cervicale, le malade s'amaigrit et se cachectise ; la température s'élève et la mort arrive en quelques semaines. La sécrétion thyroïdienne paraît alors profondément modifiée, les cellules secrètent des substances toxiques qui provoquent des accidents de dysthyroïdation aiguë.

En somme, il est permis de considérer la cachexie cancéreuse thyroïdienne, comme possédant une individualité très nette, quoique l'inconstance des signes généraux rende parfois sa recherche difficile. Ces phénomènes, disparates au premier abord, peuvent se réunir en un groupe homogène. En effet, la tachycardie et les palpitations, les tremblements et les contractures, l'exophtalmie, la fièvre, l'amaigrissement extrême, les troubles de l'urine, les signes d'intoxication rapide, constituent un syndrome, dont l'analogie avec la maladie de Basedow, et l'hyperthyroïdation expérimentale et thérapeutique, est frappante.

Il ne s'agit, d'ailleurs, que d'une ressemblance grossière. Entre les signes de l'hyperthyroïdation, de la maladie de Basedow et du cancer thyroïdien, les différences sont profondes. La variabilité très grande des signes généraux, leur inconstance, leur

allure toxique, la prédominance de quelques-uns d'entre eux, distinguent toujours de l'hyperthyroïdation, la thyro-carcinose qui se rapproche parfois davantage de la maladie de Basedow.

La glande malade jette, dans la circulation, des produits anormaux, viciés dans leur quantité ou leur qualité, comme l'a montré déjà, d'autre part, l'étude directe de l'organe. Et il faut conclure que l'organisme sur lequel végète un goitre malin, est dans un état de dysthyroïdation, dont la cachexie cancéreuse thyroïdienne est l'expression clinique.

B. — Suppression de la sécrétion thyroïdienne. — Rôle des métastases. — Lorsque, dans la glande cancéreuse, il n'existe plus d'éléments sécréteurs, la fonction thyroïdienne se trouve abolie. On voit souvent le corps thyroïde tout entier transformé en une masse puriforme, une bouillie dans laquelle il n'existe plus aucun lobule sain. D'ailleurs, Ewald, dans l'observation citée plus haut, a constaté une absence totale d'iode dans la tumeur primitive. Et cependant, bien que cette suppression fonctionnelle soit complète, on ne voit jamais apparaître de signes d'hypothyroïdation. C'est un caractère très important du cancer thyroïdien, car la syphilis qui produit des lésions presque identiques, s'accompagne de myxœdème lorsque la portion de glande détruite est trop étendue.

Dans le cancer thyroïdien, le myxœdème ne se montre jamais, parce que les métastases ganglionnaires, osseuses ou viscérales jouent le rôle de

glandes thyroïdes accessoires, comme l'ont démontré Bontsch, Metzner, von Eiselsberg et Schmidt.

Les métastases goitreuses possèdent habituellement une structure identique à celle de la glande thyroïde normale, et doivent, par conséquent, en avoir les propriétés. Schmidt, après avoir constaté que les noyaux secondaires contiennent une matière colloïde, semblable à celle de la tumeur primitive, matière colloïde, qu'il considère comme le véritable produit de sécrétion des cellules épithéliales, admet que ces métastases ont une activité sécrétoire réelle. D'ailleurs, les recherches d'Ewald que nous avons citées déjà, montrent bien que les métastases sont tout à fait comparables à ce point de vue, à des glandes thyroïdes accessoires ; en effet, cet auteur, étudiant des noyaux métastatiques développés dans les poumons et les ganglions bronchiques d'un individu mort d'adéno-carcinome de la thyroïde, y trouva des quantités très appréciables d'iode, tandis que la tumeur primitive n'en contenait pas.

Et, sans doute, la présence de ces noyaux secondaires, en état d'activité sécrétoire, avait préservé le malade des atteintes du myxœdème.

En effet, les expériences de von Eiselsberg ont démontré depuis longtemps qu'il n'est pas besoin que la glande thyroïde se trouve à sa place habituelle pour avoir un rôle utile ; il suffit que ses produits soient versés dans la circulation, de telle sorte qu'une métastase osseuse ou pulmonaire fonctionne de manière aussi efficace que la glande cervicale. Dans certaines autopsies, on trouve des lésions si

avancées de la glande thyroïde, que son rôle sécréteur est d'une insuffisance évidente. Sievenkjuh rapporte l'observation d'un homme de 42 ans, atteint de dégénérescence sarcomateuse de la glande thyroïde, avec sarcomatose généralisée, qui ne présentait aucun phénomène de cachexie thyroïdienne. bien que la glande fût détruite presque complètement; elle était suppléée sans doute par les noyaux secondaires du foie, des reins, de l'épiploon, de l'intestin grêle et du rectum, qui se comportaient comme les greffes thyroïdiennes expérimentales chez les animaux.

Aussi l'ablation de ces métastases peut-elle être dangereuse et provoquer l'apparition du myxoedème. L'observation suivante de von Eiselsberg en est un exemple typique.

Von Eiselsberg enleva, à une femme de 40 ans, un goître qui, depuis quelque temps, provoquait de la dyspnée; l'examen histologique montra qu'il s'agissait seulement de noyaux adénomateux. Peu de temps après l'opération, apparurent les premiers symptômes d'une cachexie thyroïdienne, qui guérit deux ans plus tard, après le développement d'une tumeur dans le manubrium. Cette tumeur fut enlevée, et l'examen montra un néoplasme malin, formé, non pas de tissu thyroïdien normal, mais d'un carcinome à cellules cylindriques, dans l'intervalle desquelles se trouvait de la substance colloïde. Après cette dernière opération, apparurent de nouveau les signes de la cachexie strumiprive qui, cette fois, ne rétrocéda plus.

Dans cette observation, qui a la netteté d'une expérience, on voit qu'un noyau cancéreux secondaire possédait des propriétés à peu près analogues à celles du tissu thyroïdien normal, puisqu'il a été capable de guérir des accidents myxœdémateux déterminés par l'extirpation de la glande malade.

En résumé, de l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, il est possible de présenter les conclusions suivantes, au sujet des fonctions des tumeurs thyroïdiennes et de leurs métastases.

1° La sécrétion de la glande thyroïde malade peut être exagérée, viciée, diminuée ou supprimée.

2° L'exagération, la diminution et l'adultération sécrétoires, se traduisent par des symptômes que nous englobons sous le nom de dysthyroïdation, et qui varient depuis les phénomènes légers de basedowisme, jusqu'à la cachexie à marche suraigüe.

La pathogénie de ces accidents nous paraît, suivant la remarque de M. Poncet, reconnaître un double mécanisme. Lorsqu'il s'agit d'une dégénérescence d'un goitre encapsulé et, par suite, isolé dans une certaine mesure du parenchyme ambiant, le tissu thyroïdien normal subit une sorte d'irritation mécanique. A ce rôle d'épine, vient s'ajouter, plus ou moins rapidement, la fonction propre du néoplasme, c'est-à-dire la sécrétion d'un poison thyroïdien spécial. La dysthyroïdation, en pareil cas, peut donc avoir deux causes : excitation anormale des parties saines de la glande, et pénétration des

produits néoplasiques dans la circulation. A-t-on affaire à un goitre cancéreux massif, c'est-à-dire à une dégénérescence envahissant rapidement tout le tissu thyroïdien, la sécrétion est rapidement viciée, et les signes d'intoxication apparaissent, conséquence immédiate de la transformation du parenchyme normal.

3º Lorsque la sécrétion est supprimée, par suite de la disparition complète des éléments glandulaires, les signes d'hypothyroïdation ne se produisent pas, parce que les métastases se comportent comme des glandes thyroïdes accessoires, et s'opposent ainsi à la venue du myxœdème.

SYMPTOMATOLOGIE

SOMMAIRE. — I. *Symptômes*. — *Période de début* — *Période d'état* : 1° *signes physiques* ; 2° *signes fonctionnels* ; 3° *signes généraux, observations*. — *Terminaison*. — II. *Evolution et formes cliniques*. — a) *Cancer subaigu, observations* ; b) *Cancer aigu, observations* ; c) *Cancer latent, observations*,

L'installation du cancer dans une glande saine, ou déjà adénomateuse, se traduit par des manifestations locales et générales, qui lui donnent souvent une individualité clinique bien nette. Mais, si les traits principaux de ce type se distinguent facilement chez presque tous les malades, ses détails et ses formes varient à l'infini, au gré des conditions obscures et diverses qui règlent la réaction de chaque sujet contre une tumeur, capable elle-même de présenter tous les degrés possibles de malignité.

Ce chapitre est divisé en deux parties. La première contient la description des *symptômes*. L'étude de *l'évolution* et des *formes cliniques* fait l'objet de la seconde.

I. — SYMPTOMES

PÉRIODE DE DÉBUT

L'invasion du cancer thyroïdien est signalée par l'apparition d'une tumeur, ou par les modifications d'un goitre préexistant, par des signes de compression trachéale, œsophagienne ou nerveuse et, plus souvent, par la coexistence de ces différents phénomènes. Il existe aussi une forme, beaucoup plus rare, de début par des signes de dysthyroïdation, précédant de plusieurs semaines ou de plusieurs mois les phénomènes locaux.

L'accroissement rapide d'un goitre ancien, est, dans la plupart des cas, le premier symptôme par lequel le cancer traduit sa présence. Un individu, âgé de quarante à soixante ans, porteur d'un goitre, qui paraît avoir terminé son évolution depuis plusieurs années, s'aperçoit un jour que son cou grossit, et que sa tumeur devient plus dure et plus irrégulière. Il ne s'inquiète pas, fait quelques applications de pommade et attend. Et, peu à peu, la tumeur précipite sa marche, son aspect devient menaçant et ses dimensions augmentent, parfois avec une rapidité vraiment foudroyante. Lorsque on a la précaution de mesurer la circonférence du cou, on peut constater une différence appréciable d'un jour à l'autre.

Un goître, silencieux depuis de longues années, double et triple de volume en quinze jours, et lorsque, peu de temps après, le malade meurt à la suite de l'intervention nécessitée par les troubles respiratoires, on voit qu'il s'agit d'un cancer encore au début de son évolution, parce qu'il n'a pas envahi entièrement le corps thyroïde, ni franchi les limites de la capsule et qu'il n'a envoyé aucune métastase dans les ganglions ou les viscères. (Obs. 68).

Mais, habituellement, la vitesse de l'accroissement est beaucoup moins grande; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois, que l'augmentation de volume devient gênante et que le malade est amené au chirurgien.

En même temps, le patient remarque souvent des changements dans l'aspect et la consistance de sa tumeur. Le goître, jusqu'alors mou et fluctuant, devient dur, ou présente, en quelques points, des noyaux plus résistants.

Le développement du cancer, chez un individu exempt de goître, est beaucoup plus rare. Le malade s'aperçoit un jour de l'existence d'une petite tumeur arrondie, roulant sous le doigt, qui occupe un point quelconque de la région thyroïdienne. Son aspect ne présente, tout d'abord, rien d'inquiétant. Elle augmente de volume lentement, puis, avec une rapidité suspecte, envahit les autres parties de la glande et prend les caractères propres au néoplasme malin.

Cette hypertrophie du corps thyroïde, survenant chez un jeune sujet, n'a pas une signification bien redoutable, mais lorsqu'elle apparaît chez un indi-

vidu âgé, à l'époque où la glande a terminé son évolution physiologique, c'est un signe d'une grande valeur. *Tout goître qui augmente de volume, ou toute tumeur thyroïdienne, qui apparaît chez un individu âgé de plus de cinquante ans, doivent être considérés comme suspects.*

Malheureusement, ce signe lui-même, n'est pas constant. Le cancer peut être représenté par un petit noyau, qui reste enfoui au milieu de la glande, sans augmenter sensiblement ses dimensions; c'est la *forme latente*, la forme médicale du goître malin (1). Son évolution est absolument insidieuse, et rien ne décèle la dégénérescence de la thyroïde, jusqu'au jour où apparaissent des métastases viscérales ou osseuses, dont la véritable nature n'est reconnue souvent que sur la table d'autopsie.

Les compressions nerveuse, trachéale ou œsophagienne se manifestent souvent dès la première période.

De violentes *névralgies* cervicale et faciale apparaissent sans cause apparente. Le malade souffre de fortes douleurs qui, prenant naissance au niveau de la région thyroïdienne, s'irradient dans la tête et dans le cou, du côté correspondant et plus rarement dans le bras. Elles se suppriment parfois de manière brusque, au moment où la tumeur commence à se développer. Dans deux cas, l'audition disparut, dès le début et de manière définitive, du côté malade.

(1) BARD : Thèses d'Orcel, de Bertrand, de Gruié. — MOUISSET : Thèse de Gruié.

Les *troubles respiratoires* précèdent souvent l'apparition de la tumeur. Le patient se plaint, pendant des semaines et des mois, d'une dyspnée dont il est impossible d'expliquer la cause. Puis apparaît à la base du cou, une petite tumeur dont la nature maligne est démontrée ultérieurement. Cependant, les accès de suffocation et les désordres dyspnéiques, de même que la dysphonie, surviennent habituellement à une époque plus tardive.

Quant à la *dysphagie*, il est rare que le malade se plaigne de gêne dans la déglutition des aliments avant que la tumeur cervicale ait déjà acquis un volume appréciable.

Enfin, on peut observer également des symptômes dus à la compression du sympathique, troubles vaso-moteurs, sécrétoires et oculaires, localisés à un côté de la face (1).

Il est assez rare de voir apparaître d'emblée des signes généraux qui se présentent alors sous la forme de la cachexie thyroïdienne, et sont dus à des phénomènes de dysthyroïdation.

Avant ou après la venue de la tumeur, le malade se plaint de symptômes analogues à ceux du goitre exophtalmique, tremblements, palpitations et tachycardie, sensation de chaleur, et exorbitisme. D'ailleurs, le tableau est rarement au complet, et les observations mentionnent surtout la tachycardie et les tremblements, et parfois l'exorbitisme. Dans quelques cas, cependant, les signes basedowiens

(1) Observation de Solis Cohen.

se manifestent avec une netteté absolue, avant qu'il soit possible d'apprécier le goitre. A cette période les phénomènes généraux sont encore peu caractéristiques bien qu'ils soient susceptibles, cependant, de se présenter immédiatement avec un aspect menaçant. Sans raison apparente, une femme perdait ses forces, se cachectisait et avait une température élevée. Le diagnostic, hésitant, fut tranché, un mois après, par l'apparition inattendue d'un néoplasme thyroïdien (1).

PÉRIODE D'ÉTAT

Signes physiques. — 1^o *Etude de la tumeur* —

La région thyroïdienne est occupée par une tuméfaction volumineuse, lisse et arrondie, parfois irrégulière et bosselée, qui s'étend de l'os hyoïde au sternum et, parfois, surplombe la partie supérieure du thorax. Son aspect est asymétrique, car les deux lobes se sont développés de manière inégale, bien que la glande puisse aussi s'hypertrophier en masse. Mais, souvent, la tumeur a des proportions plus modestes et on aperçoit, sur les côtés de la trachée ou sur la ligne médiane, une masse, grosse comme un œuf ou une pomme, qui ressemble à un goitre ordinaire. La forme varie beaucoup ; tantôt la peau est soulevée par une surface lisse et bien limitée, tantôt elle repose sur une véritable cuirasse qui engaine le cou, et, entravant tous les mouve-

(1) Observation 55.



Fig. 1. — Thyrocarcinose développée sur un goître ancien.

ments, le maintient dans un état de rigidité presque absolue.

Les téguments présentent leur coloration habituelle, au moins au début ; plus tard ils glissent moins facilement sur les plans profonds, la peau devient adhérente, s'amincit ou s'œdématie, et prend, chez certains malades, une teinte rouge sombre. Jamais nous n'avons constaté l'ulcération, qui est un phénomène rare. Dès les premiers temps, la surface cutanée est sillonnée par le réseau bleuâtre des veines dilatées, qui se prolongent, en serpentant, jusque sur la poignée du sternum.

La *consistance* de cette tumeur est d'abord analogue à celle d'un goitre bénin ; puis elle devient plus dure, sa surface se bossèle et on sent des prolongements irréguliers qui se glissent en dessous du sterno-mastoïdien, on s'enfoncent dans le thorax. Il s'agit là des formes où le néoplasme n'a pas diffusé hors de la capsule glandulaire ; plusieurs fois, M. Poncet a rencontré une véritable infiltration néoplasique, qui donne aux plans superficiels la consistance d'une plaque de carton, à travers laquelle il est impossible d'explorer les organes profonds. Le cancer a franchi les limites de la capsule, et envahi tout ce qu'il a trouvé sur sa route. C'est une forme redoutable, bien décrite par Rollet, dans son article sur le cancer à marche suraiguë.

Dans plusieurs observations, l'exploration n'a décelé que les symptômes communs à toutes les variétés de goitre. Le néoplasme malin se cache sous les apparences d'une tumeur kystique ou parenchy-

mateuse que, seuls, des signes concomitants peuvent rendre suspecte.

2^e Rapports de la tumeur avec les parties voisines.

— Les *muscles* s'étalent au devant de la tumeur ; le sterno-cleido-mastoïdien la croise souvent en écharpe, et, lorsqu'il se contracte, on peut le sentir sous la forme d'un cordon dur. Parfois, ils sont absolument atrophies.

Le goitre malin se trouve situé dans le voisinage immédiat de la *trachée*. Pendant les mouvements de déglutition, la tumeur s'élève et s'abaisse en même temps que le larynx. Lorsque son siège est plus élevé, dans la région sous-maxillaire, par exemple, elle paraît ne plus avoir de rapport avec le corps thyroïde, comme chez ce malade de Brindel et Liaras, qui présentait, depuis un an et demi, deux tumeurs du volume d'un gros œuf de poule. On fit le diagnostic d'adénite tuberculeuse, et cependant, il s'agissait d'un cancer de la thyroïde. D'ailleurs, l'absence de mobilité n'a pas grande signification. Lorsque les lésions sont plus avancées, la tumeur se fixe par des adhérences aux organes voisins, s'engage derrière le sternum et n'accompagne plus la trachée dans ses mouvements verticaux.

Il est facile de se rendre compte des rapports de la tumeur et du conduit laryngo-trachéal. La trachée est habituellement refoulée en dehors ; on sent sa surface annelée du côté opposé à la tumeur, en des régions parfois très éloignées de la ligne médiane.

Chez d'autres malades, le lobe médian, hypertro-

phié, cache complètement la face antérieure de la trachée qu'il est impossible de sentir à travers les téguments et que le bistouri a grande peine à découvrir au moment de la trachéotomie.

Il faut toujours terminer par l'examen laryngoscopique. La déviation du larynx gêne un peu l'exploration. La situation des cordes vocales renseigne sur l'état des récurrents et, surtout, on peut apercevoir, dans la région sous-glottique, des bourgeons néoplasiques rouges et saignants, qui ont envahi et effondré la paroi trachéale. C'est ainsi que Norris Wolfenden a pu, chez un malade, établir le diagnostic de végétations néoplasiques intra-trachéales. Parfois la luxation du larynx en dehors empêche complètement l'exploration (Obs. 22)

Il est classique d'admettre, que, dans le cancer thyroïdien, les *vaisseaux* sont englobés dans le tissu néoplasique, et qu'on ne peut sentir, en arrière de la tumeur, les battements de la carotide et de la thyroïdienne supérieure. Assurément, cet envahissement existe; nous l'avons constaté plusieurs fois. Mais, loin d'être constant, on ne le trouve que dans les formes rapides, qui s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire précoce, et où les bourgeons cancéreux ont vite franchi la barrière capsulaire.

Dans la plupart de nos observations, les vaisseaux sont facilement perceptibles, un peu en arrière de leur situation normale; ils sont refoulés et non englobés. Autour d'eux, et à leur surface, se dispose parfois un véritable semis de ganglions petits et

durs. L'artère carotide est habituellement repoussée en arrière, Cependant, on l'a trouvée une fois dans le voisinage de la ligne médiane. L'ulcération de la paroi artérielle est observée de façon exceptionnelle (1).

Par sa partie inférieure, la tumeur descend jusqu'au niveau de la clavicule et s'engage parfois en arrière du sternum; les prolongements rétro-sternaux et se traduisent par une zone de submatité thoracique, une fixité plus grande de la tumeur principale. On peut soulever le lobe engagé derrière le manubrium, en faisant des tractions sur la partie découverte.

L'exploration physique donne peu de renseignements sur l'étendue et le siège de ces masses intrathoraciques,

3° Signes des métastases. — Les *ganglions* sont souvent envahis et se présentent à des époques et sous des aspects variables.

On sent, le long des vaisseaux carotidiens, une série de granulations dures, qui se continuent parfois avec les chaînes sous-maxillaire et sous-claviculaire également hypertrophiées; c'est la forme qui s'observe dans les cancers à marche rapidement envahissante; les ganglions de l'aisselle sont parfois envahis. Hinterstoisser les a trouvés atteints une seule fois sur trente-cinq cas.

Au début, les ganglions sont difficilement percep-

(1) *In* thèse Coulon.

tibles; un examen attentif permet cependant de découvrir une ou deux petites tumeurs, roulant sous le doigt, et situées profondément en arrière des masses latérales. Parfois les ganglions, agminés en grosses masses, s'accollent à la tumeur principale, dont il est impossible de les séparer par le toucher. C'est pour cette raison, sans doute, que Lebert et Thelliez ont écrit que le cancer du corps thyroïde ne s'accompagne jamais d'engorgement ganglionnaire.

Ces métastases lymphatiques, nous les avons rencontrées souvent chez nos malades, et il est probable qu'on les trouverait d'une manière constante, si le cancer avait le temps d'évoluer. Beaucoup de malades meurent de complications respiratoires, alors que leur néoplasme est encore trop jeune pour s'être généralisé. Une malade atteinte, depuis trois semaines, de strume maligne et d'accidents dyspnéiques, mourut de broncho-pneumonie, à la suite de l'intervention. Il n'existait aucun ganglion carotidien, ni médiastinal et, cependant, la marche de la tumeur et sa structure histologique ne laissaient aucun doute sur sa nature. D'autre part, un cancer peut envahir la glande thyroïde, envoyer des métastases dans les os, le poulmon, ou les autres viscères, et épargner complètement les ganglions. Jøeger, dans quinze cas de métastases goitreuses, occupant des sièges variés, trouve une seule fois les ganglions envahis. Dans la statistique, publiée par Van Straten dans sa thèse (Fribourg-en-Brisgau, 1898), portant sur 71 cas de métastases, on trouve signalée

44 fois, la généralisation dans les ganglions lymphatiques.

L'envahissement ganglionnaire est donc loin d'être constant. Lorsqu'il existe c'est un signe excellent, mais, en son absence, on est autorisé à faire cependant le diagnostic de cancer thyroïdien.

Les *métastases pulmonaires* sont très fréquentes. Chez les malades de M. Poncet, nous avons observé souvent cette généralisation. Van Straaten, étudiant 71 cas de métastases, a trouvé 41 fois le poumon envahi. Ces noyaux s'installent souvent dans le poumon de manière insidieuse, mais peuvent aussi s'accompagner de symptômes caractéristiques. Un individu, atteint de goitre suspect, présente un jour des troubles pulmonaires, tels que, toux fréquente, dyspnée plus vive, et surtout, crachats sanglants. On examine le poumon, sans obtenir habituellement de renseignement précis. En même temps, se produit une élévation de température, que M. Poncet a constatée souvent, et que Bircher considère comme le signe d'une généralisation viscérale.

Les noyaux de la plèvre provoquent une pleurésie avec liquide hématique.

Les *métastases osseuses* sont considérées, par Jaeger, comme la complication la plus fréquente du cancer thyroïdien, et on trouve de nombreuses observations de ce genre dans les travaux de Neumann, de Metzner, de Jaeger, et de Van Straaten. Nous les avons observées beaucoup moins souvent. Leur allure clinique est assez spéciale.

Sur une partie quelconque du squelette, on voit apparaître une tumeur qui se développe lentement. Elle envahit un os long tel que le fémur, ou le tibia, ou se développe sur le crâne, le sternum. Son aspect et sa consistance la font ressembler à un ostéo-sarcome ; parfois elle devient pulsatile, comme chez le malade de Jaboulay, dont les noyaux osseux diminuèrent après que la tumeur principale fut exothyropexiée. Ces métastases osseuses, augmentant de volume avec une grande lenteur, ont une évolution d'une bénignité relative. Il se produit alors des fractures spontanées qui accélèrent la marche, mais qui sont souvent le premier symptôme de la généralisation. Dans un cas de Tripier, une vieille femme, étant atteinte de fracture spontanée du fémur, le diagnostic d'ostéo-sarcome fut porté et on ne reconnut qu'à l'autopsie la nature thyroïdienne de la tumeur.

Les métastases dans le *foie* évoluent de manière tellement insidieuse qu'elles constituent souvent des trouvailles d'autopsie. Cependant, on peut parfois constater les signes du cancer secondaire du foie.

La présence de noyaux secondaires dans le *cerveau* est très rare et, dans ce cas, le malade paraît atteint de tumeur cérébrale, comme il est indiqué dans l'observation de Mayor, que nous citons plus loin. Dans la littérature allemande, nous avons trouvé des cas analogues. Hinterstoisser et Kaufmann ont rencontré quatre fois des métastases dans la substance cérébrale.

Les généralisations *cardiaques* sont exceptionnelles (Mathieu, Hinterstoisser) et ne présentent que des symptômes peu caractéristiques.

Les métastases *rénales* évoluent comme un cancer primitif de cet organe, en donnant lieu à une tuméfaction volumineuse, des douleurs persistantes, des troubles de l'urine et des hématuries (Bard)

Ces greffes à distance du néoplasme donnent quelquefois à l'affection une physionomie inattendue, comme chez ce malade de Bard qui présenta une véritable éruption de tumeurs sous-cutanées, disséminées sur la paroi abdominale. La plus volumineuse siégeait au-dessous de l'arcade crurale et atteignait le volume d'un œuf de poule. Trois autres s'étaient développées dans le voisinage de l'ombilic ; d'autres encore, plus petites, avaient pris naissance un peu plus bas. Nulle part, il n'existait de ganglions. Ces tumeurs avaient une coloration violette et, ultérieurement, l'examen histologique montra qu'il s'agissait de néoplasmes embryonnaires du type thyroïdien. M. Bard a publié, dans la thèse de Gruïé, plusieurs observations semblables.

Les manifestations cutanées se produisent aussi dans le système lymphatique de la peau, sous forme de lymphangite réticulaire néoplasique. Un malade de 37 ans présenta, au niveau des plis inguinaux une plaque violacée et indurée de la peau, qui ne s'accompagnait pas de douleur. Peu à peu, cette plaque s'est étendue vers le tronc et la cuisse, limitée par un bourrelet très net du côté de la peau

saine. Le malade était atteint d'un cancer thyroïdien volumineux.

Au nombre des localisations exceptionnelles, il faut placer encore les tumeurs musculaires, dont M Pic a publié un exemple qui semble unique. Chez une femme de 62 ans, atteinte de tumeur du corps thyroïde d'aspect malin, se développa une tumeur au niveau des muscles jumeaux et soléaire. L'autopsie démontra qu'il s'agissait bien d'une métastase goitreuse, greffée dans les muscles de la partie postérieure de la jambe.

Signes fonctionnels. — Ces signes fonctionnels sont : les douleurs, la dyspnée, la dysphagie et la dysphonie et quelques symptômes plus rares dus à des compressions vasculaires et veineuses.

1° *Douleurs.* — Les malades souffrent au début de l'affection, ou plus tard, pendant la période d'envahissement extra-capsulaire, ou bien encore ne ressentent jamais aucune douleur.

Dans le premier cas, la souffrance précède parfois l'apparition de la tumeur et peut disparaître rapidement, ou bien les malades, habitués à un vieux goitre indolent, se plaignent de quelques douleurs, qui se manifestent les premiers temps de sa transformation maligne. Habituellement, elles constituent un dessymptômes de la période d'état, et n'apparaissent que vers le troisième ou le quatrième mois. La tumeur prend naissance et s'accroît souvent pendant longtemps sans causer ni gêne ni souffrance, puis, subitement, sa marche devient plus rapide et le

malade se plaint de violentes névralgies. Ce sont des douleurs qui, prenant naissance au niveau du goitre, s'irradient dans le cou, dans l'oreille, la face ou la nuque ; elles sont lancinantes, parfois atroces et empêchant le sommeil. On note parfois une céphalée intense, des douleurs dans le bras correspondant, ou dans le sternum. C'est un symptôme sur lequel il ne faut pas trop compter, parce que souvent l'évolution du goitre malin est presque entièrement indolore.

Les phénomènes de compression du plexus brachial, ou du plexus cervical se rencontrent rarement, lorsque la tumeur est encore encapsulée.

2^o *Dyspnée.* — La dyspnée est un des troubles fonctionnels les plus constants du cancer de la thyroïde. Nous l'avons rencontrée chez presque tous nos malades, sous deux aspects différents : la dyspnée paroxystique et la dyspnée continue.

La dyspnée paroxystique est la conséquence des compressions récurrentielles. Chez un malade, dont la respiration est habituellement normale, on voit apparaître des accès de suffocation, à la suite d'un effort, ou sans la moindre cause. Le visage se cyanose et se couvre de sueurs, il se produit un peu de cornage et de tirage sus-sternal, puis tout rentre dans l'ordre. Les crises de dyspnée se reproduisent de temps en temps, et, dans leur intervalle, l'état respiratoire du malade est à peu près normal.

La dyspnée continue est un symptôme beaucoup plus constant. Vers le troisième ou quatrième mois,

à partir du début du cancer et souvent à une époque plus précoce ou plus tardive, elle se manifeste par une oppression légère, sensible surtout après un effort ou une marche rapide. Une fois établie, elle ne rétrocede plus; c'est un symptôme très grave, qui annonce la mort dans un délai de quelques mois, et qui donne les principales indications du traitement. Son intensité diminue par le repos; elle augmente le soir et pendant la nuit, qui, pour beaucoup de malades, est entrecoupée d'accès d'oppression. Cette dyspnée continue est en rapport avec les compressions permanentes et l'envahissement de la trachée et du larynx. La lumière trachéale aplatie, laisse pénétrer plus difficilement l'air et, pour vaincre cette résistance, les malades font des efforts exagérés de tous leurs muscles inspirateurs. C'est pourquoi ils se plaignent surtout d'oppression vers le soir, à l'heure où ils sont fatigués et moins capables de surmonter les obstacles trachéaux. Ces individus trouvent souvent une position dans laquelle la respiration est plus facile. Nous avons observé une femme qui, dans le décubitus dorsal ou latéral gauche, était saisie presque immédiatement d'une dyspnée intense. Se couchait-elle sur le flanc droit, en tournant fortement la tête de ce même côté, les troubles respiratoires disparaissaient aussitôt.

Les autres causes de dyspnée sont l'œdème de la glotte et les lésions pulmonaires. Les infections, si fréquentes chez les goitreux, et surtout les noyaux métastatiques, s'accompagnent d'une dyspnée con-

tinuc qui peut être attribuée à une compression trachéale.

La toux est fréquente, petite, sèche, répétée; elle est due à une irritation du pneumo-gastrique.

3^o *Dysphagie*. — Elle débute après les phénomènes dyspnéiques : le malade éprouve une certaine gêne dans la déglutition des aliments solides ; puis, au bout de quelque temps, les liquides ne peuvent plus passer. Ces phénomènes de sténose rétrocedent sous diverses influences, ou bien continuent leur évolution, augmentant ainsi d'une manière rapide la cachexie du malade. L'exploration à l'aide de la sonde donne des résultats très variés. Souvent, elle passe avec facilité ; il s'agit simplement d'un spasme dû, sans doute, à la compression des récurrents qui fournissent des filets au plexus pharyngien. Dans d'autres observations, il est écrit que l'explorateur rencontre un obstacle dans la région cervicale de l'œsophage et ne peut pénétrer plus avant.

4^o *Dysphonie*. — La voix rauque, éteinte, bitonale, est signalée dans un grand nombre d'observations. C'est un accident dont l'époque est extrêmement variable et, le plus souvent, assez tardive. Il est dû, soit à l'envahissement direct du larynx, soit, ce qui est beaucoup plus fréquent, à la compression ou à l'irritation des récurrents. Les examens laryngoscopiques, pratiqués par M. Rivière, et ceux que nous avons eu l'occasion de faire, ont montré tantôt une véritable contracture d'une ou des

deux cordes vocales, tantôt une paralysie avec position cadavérique. Ce dernier symptôme a été plus souvent observé.

5^o *Signes de compression des vaisseaux, du grand sympathique et du plexus brachial.* — Ces phénomènes sont rares. La compression des vaisseaux produit de l'anémie cérébrale, ou bien de la cyanose du visage, de la céphalée et de la bouffissure.

Dans une observation de Piorry, la sous-clavière de la face était comprimée et la tumeur reposait sur le poumon.

Le grand sympathique réagit de différentes façons. Les malades présentent des troubles pupillaires ou de l'exophtalmie du côté malade. Ce sont les symptômes que nous avons observés le plus souvent chez nos malades. Dans un cas de Solis-Cohen, le développement du cancer s'accompagna de troubles sécrétoires et vaso-moteurs de la face. Un homme de 45 ans se présenta à l'hôpital avec du gonflement du cou, de la dyspnée, du ptosis et myosis à droite. De ce même côté de la face, on constatait une rougeur et des sueurs exagérés.

Quant à la compression du plexus brachial, elle se traduit par des troubles sensitifs et moteurs, du côté du bras. Les mouvements de flexion et d'abduction sont abolis, les mouvements de l'avant-bras et de la main étant conservés (paralysie du type radiculaire supérieur). La sensibilité est diminuée sur les faces antérieure, externe et postérieure du bras,

tandis qu'elle est conservée sur la face interne. Ces symptômes ne s'observent que très rarement.

Signes généraux. — Tout cancer glandulaire marque de son empreinte propre l'organisme dont il est le parasite et, à côté des causes banales d'anémie, dues à la douleur, aux hémorrhagies, à l'état d'angoisse qui sont l'apanage des individus atteints de néoplasme, il faut placer les troubles de nutrition, provoqués par la suppression ou l'adulteration d'une sécrétion importante. En effet, chaque cancer supprime ou transforme les fonctions de l'organe qu'il a envahi. L'expression clinique de ces désordres est la cachexie cancéreuse, qui doit comprendre plusieurs types plus ou moins tranchés, en rapport avec la nature et le rôle des parties dégénérées. De même que les phénomènes généraux qui accompagnent le cancer de l'estomac ont une allure particulière, de même la cachexie, due à la présence du goitre malin, possède une véritable individualité.

A quelle époque, et avec quelle fréquence surviennent ces signes de réaction générale? — Ces symptômes ne s'observent pas chez tous les malades, parce que leur apparition est tardive, et que les complications respiratoires ne leur laissent pas le temps de se développer. C'est un fait bien connu, et Boyer écrivait autrefois que le cancer thyroïdien tue les malades par les troubles locaux qu'il provoque plutôt que par son influence générale.

On ne voit donc apparaître les signes de la *cachexie*

cancéreuse thyroïdienne que dans les circonstances, où la situation de la tumeur met la trachée et l'œsophage à l'abri de lésions incompatibles avec la vie. Elle survient aussi lorsque le néoplasme est d'une grande malignité, et se manifeste d'emblée par une véritable intoxication. C'est une forme rare, qui correspond à une marche foudroyante des lésions locales, et à une structure histologique très embryonnaire. Habituellement, les signes généraux se montrent à une époque beaucoup plus tardive, mais très variable. Quelques semaines ou quelques mois après le début de la maladie, on peut voir apparaître les phénomènes généraux, mais il est impossible de fixer une date, même de façon très approximative. Il existe même des cas où la tumeur évolue pendant très longtemps sans provoquer la moindre cachexie ; le patient vit alors pendant des semaines et des mois avec un gros goitre bosselé, avec une adénopathie volumineuse, sans paraître souffrir de ses lésions. L'appétit est conservé, l'amaigrissement peu considérable, et la mort survient par suite de complications respiratoires.

Il s'agit probablement de tumeurs de faible malignité, dont la structure se rapproche de l'état adulte et qui, par conséquent, possèdent une sécrétion presque semblable à la sécrétion normale, dont elle est capable de remplir le rôle.

Cependant les signes de réaction générale se rencontrent chez un grand nombre de malades, lorsqu'on les recherche soigneusement. Il ne faut pas,

en effet, se contenter des symptômes ordinaires de la cachexie cancéreuse : dépression générale, affaiblissement, amaigrissement, etc ; l'altération de la glande thyroïde, la production de substances adu-
térées, l'hypersécrétion et l'hyposécrétion sont des facteurs très variables, et l'état de dysthyroïdation de l'organisme en puissance de cancer est soumis à tous leurs changements. C'est pour cette raison que l'intoxication cancéreuse thyroïdienne est susceptible de se dissimuler sous les formes les plus diverses en nature et en intensité et de revêtir tous les aspects, depuis les phénomènes légers de tremblement et de palpitations jusqu'au syndrome basedowien complet, depuis l'amaigrissement simple, jusqu'à l'empoisonnement aigu, qui plonge en quelques semaines le malade dans une cachexie mortelle.

Nous avons observé, chez les malades de M. Poncet de nombreux types de cachexie qui, bien que différents les uns des autres, présentent cependant des caractères communs. Tous ces malades n'ont pas été examinés de façon très minutieuse au point de vue de leur état général, de leur température et des symptômes basedowiens, et, cependant, vingt-six fois des troubles plus ou moins accusés : palpitations, tremblement, exophtalmie sont signalés dans les observations ; parfois même le tableau du goitre exophtalmique est complet



Fig. 2. — Polyadénome malin. — Depuis un an et demi, développement rapide d'un goitre datant de 10 ans.

OBSERVATION 13.

*Cancer thyroïdien à forme basedowienne survenu
dans un vieux goitre (1).*

« J'ai vu M. X..., âgé de 59 ans, une première fois en
« 1893 ou 1894. A cette époque il avait depuis longtemps, un
« corps thyroïde volumineux. Le début du goitre, qui occupait
« tout le lobe latéral droit, remontait à l'adolescence. M. X...,
« lors de mon examen, présentait déjà quelques signes
« d'hyperthyroïdisation, tachycardie, tremblement vibratoire
« des mains, amaigrissement notable. J'ai revu le malade en
« octobre 1898. Il était très amaigri. Le corps thyroïde était tou-
« jours volumineux, partiellement développé à droite; à ce
« moment il ne m'a pas paru suspect de dégénérescence can-
« céreuse. Le syndrome de Basedow était alors très manifeste :
« tachycardie arythmique, tremblement vibratoire, éclat insolite
« du regard, albuminurie légère et variable. Le malade avait
« même de la fièvre ; tous les soirs, la température s'élevait
« de 38°5 à 39°. Des explorations répétées et minutieuses ne
« firent découvrir aucune localisation morbide, aucun état
« infectieux intéressant, de nature à expliquer cette fièvre
« qui reste imputable à l'hyperthyroïdisation elle-même. Le
« malade maigrissait, malgré la conservation de l'appétit et
« une alimentation suffisante. Il partit pour le Midi où il passa
« l'hiver. (A ce moment les signes classiques d'une dégénéres-
« cence thyroïdienne : augmentation rapide de volume du
« goitre, troubles fonctionnels, irradiations douloureuses dans
« la région cervico-faciale correspondante, etc., étaient des plus
« nets et le diagnostic de cancer thyroïdien avait été posé par
« M. Bouveret et par M. Poncet, qui voyaient de temps à autre
« M. X.)

« A son retour, en mai ou avril 1899, il présentait toujours les
« mêmes symptômes basedowiens, mais il avait une forte oppres-
« sion due à la compression de la trachée et l'état du corps

(1) Cette observation, très intéressante, nous a été donnée par
M. Bouveret ; nous l'en remercions respectueusement.

« thyroïde avait bien changé. La glande était encore plus volumineuse, tendue, comme exubérante, très dure, et la palpation du cou y faisait découvrir de gros ganglions indurés. Deux ou trois mois plus tard, le malade succombait épuisé par l'asphyxie et la cachexie. Il fut ausculté souvent; il ne semble pas qu'il ait eu de métastase pulmonaire.

OBSERVATION 14

*Cancer thyroïdien. — Douleurs. — Tremblement.
Palpitations,*

R..., François, 52 ans, cultivateur, à Bouchouley (Hte-Saône).
salle Saint-Martin, mai 1894.

Goitre depuis 15 ans. Accroissement rapide depuis six mois, dyspnée, surtout la nuit, dysphonie. Tumeur multilobée, occupant le corps thyroïde tout entier, très dure. Ganglions. Dyspnée, *douleurs de la nuque, tremblement, palpitations.* Pas d'amaigrissement, ni de perte des forces. Inopérable.

OBSERVATION 15

*Cancer thyroïdien. — Exophtalmie. — Tremblement.
Tachycardie.*

C..., Virginie, 57 ans, tisseuse, à la Croix-Rousse, salle Saint-Paul, entrée le 15 janvier 1892, sortie le 21 janvier 1892.

La malade a toujours eu bonne santé; elle n'est pas mariée et possède, depuis l'âge de 14 ans, un goitre ne lui occasionnant aucune gêne. Il y a trois mois, elle a pris froid, dit-elle, et depuis cette époque elle est très oppressée.

Tumeur volumineuse, occupant surtout la partie droite du corps thyroïde et constituée par de grosses masses dont quelques points sont très durs. On sent la carotide battre en arrière du sterno-mastoïdien qui est soulevé par une grosse masse charnue, dure, sans parties molles. Sur la ligne médiane, on sent une portion qui semble plonger derrière le sternum.

Pas de souffle ; *un peu d'exophtalmie ; tremblement des mains ; tachycardie légère*. La voix est enrouée depuis trois mois environ ; depuis cette époque aussi, accès de suffocation provoqués par les mouvements brusques, mais qui cèdent au repos.

OBSERVATION 16

Cancer de la thyroïde. — Amaigrissement.

Perte des forces.

Femme Ferret, âgée de 40 ans, de Saône-et-Loire, entre le 15 janvier 1894, à la clinique de M. Poncet.

Habite un pays goîtrigène.

Depuis l'âge de 10 ans, tuméfaction thyroïdienne droite que s'accrut de façon progressive, avec marche plus rapide au moment des grossesses et accouchements.

Depuis deux ans, essoufflement. Il y a 4 mois, douleurs cervicales et augmentation plus rapide du goître. Puis les douleurs disparaissent. Depuis trois semaines, inappétence, toux, vomissements.

Tuméfaction diffuse du cou, plus marquée à droite, dure, rénitente. Ganglions à droite.

Gêne de la respiration. *Troubles gastro-intestinaux, teinte jaune paille des téguments, perte des forces, amaigrissement.*

Mort le 24 février 1894.

OBSERVATION 17

Cancer thyroïdien. — Tremblement. — Exophtalmie.

Amaigrissement.

G..., Benoîte, 55 ans, repasseuse, de Solaize (Isère). Salle Ste-Anne, mars 1893.

Goître depuis l'âge de 20 ans. Depuis 12 ans, la tumeur a doublé de volume. Depuis trois mois, douleurs extrêmement

violentes dans les oreilles et amaigrissement rapide. Actuellement, grosse tumeur adhérente, occupant le lobe droit, de consistance ligneuse, ganglions. *Tremblement, exophtalmie, pas de tachycardie*. Pouls à 90. Mauvais état général, la malade a beaucoup de peine à se tenir sur ses jambes. *Amaigrissement*. Inopérable.

OBSERVATION 18

Cancer thyroïdien. — Amaigrissement extrême.

Marie T. . . , 47 ans, de Lamastre (Ardèche), entre à la clinique au mois de mars 1896.

Goitre ancien. Excellente santé habituelle. Il y a 2 ans, à la suite d'une fièvre éruptive, douleurs au niveau du goitre. Depuis 6 mois, accroissement rapide, fièvre, douleurs dans l'épaule et dans la nuque, dysphagie. Un médecin incise la tumeur et il s'écoule du pus.

Actuellement, voix rauque, dyspnée, quintes de toux fréquentes. *Surdité depuis le début de l'affection*. Tumeur volumineuse. *Amaigrissement considérable, perte de 28 kilog. depuis un an et demi*. Inopérable.

OBSERVATION 19

(Thèse de GRUIÉ, observation XX).

Cancer du corps thyroïde développé dans un goitre ancien. — Amaigrissement. — Palpitations sous forme d'accès avec tremblement généralisé. — Exophtalmie.

S. . . , Victoire, 50 ans, ménagère. Entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 mai 1899.

A l'âge de 40 ans apparut un goitre qui, ces dernières années, s'est mis à augmenter de volume.

Palpitations de cœur qui reviennent sous forme d'accès et s'accompagnent d'un tremblement généralisé. Au niveau

du cœur, des douleurs brusques avec sensation de mort imminente.

Depuis le mois de janvier, toux et dyspnée, expectoration muco-purulente et point douloureux à la base droite. Amaigrissement très marqué. Dyspnée. Souffle et retentissement de la voix au sommet droit.

Vibrations du cœur exagérées à la base; souffles au foyer aortique.

Le faciès présente une teinte terreuse; *légère exophtalmie*. Le corps thyroïde est volumineux.

En date du 16 mai, on constate à la base du thorax, une succession de boutons et de croûtes suivant le trajet de l'espace intercostal, s'accompagnant de douleurs depuis trois semaines.

Depuis un mois, fourmillements douloureux dans le membre supérieur gauche, débutant par les doigts.

Le corps thyroïde, très volumineux, présente des points ramollis et plonge derrière le sternum.

Ensuite, la malade accuse des douleurs de tête diffuses, mais plus marquées autour de l'orbite gauche. Il y a un peu de diplopie et la paupière gauche est tombante.

La malade quitte l'hôpital le 27 juin. Le corps thyroïde présente le même aspect. La dyspnée a augmenté, de même que la douleur du bras.

OBSERVATION 20.

Cancer thyroïdien. — Extirpation (son influence sur la sécrétion urinaire). — Guérison.

Jean P..., âgé de 55 ans, entre au mois de décembre 1899 dans le service de M. le professeur Poncet. Il est né et habite en Ardèche. Aucun goitre dans sa famille. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Excellente santé antérieure.

Il y a trois ans, il s'aperçut un jour de la présence d'une petite tumeur, à la base du cou, sur le côté gauche de la trachée. Elle était absolument indolore, et avait le volume d'une noisette. Ses dimensions augmentèrent d'abord de manière

fort lente, mais, ces derniers temps, son accroissement devint beaucoup plus rapide, et elle atteignit en quelques mois le volume considérable qu'elle présente aujourd'hui. Cette évolution ne s'accompagna ni de douleurs, ni de symptômes fonctionnels importants. Depuis quelque temps le malade ne pouvait pas travailler avec autant de facilité qu'auparavant, parce que les efforts provoquaient une dyspnée assez vive.

Etat du malade au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu. — C'est un homme grand, d'aspect vigoureux, quoique un peu amaigri. On aperçoit sur la partie gauche du cou une tumeur volumineuse et arrondie. La peau qui la recouvre est normale; la circulation veineuse n'est pas exagérée. Son extrémité supérieure atteint presque l'os hyoïde, tandis que par sa base, elle repose sur la fourchette sternale et la clavicule. Elle se prolonge en dedans jusqu'à la ligne médiane, et en dehors, s'insinue sous le sterno-cleïdo mastoïdien qui est étalé à sa surface. Pendant la déglutition elle suit les mouvements de la trachée; les mouvements de latéralité sont possibles, et il n'existe pas de prolongements intra-thoraciques. Sa surface est lisse, sans noyaux, ni bosselures; sa consistance est ferme et régulière. Le lobe droit est normal. On sent en arrière de la tumeur quelques petits ganglions; pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire. L'artère carotide est refoulée en arrière, mais elle est nettement perceptible et indépendante de la tumeur.

Pas de douleurs, ni de dysphagie. Légère dyspnée lorsque le malade fait un effort ou marche rapidement. Voix normale.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Pas d'exophtalmie. Pas de tremblement. Le pouls est un peu rapide, varie de 90 à 110. Pas de température.

Rien aux poumons, ni au cœur. L'état général est bon, l'appétit conservé, cependant le malade s'amaigrit un peu depuis quelque temps.

Les urines ont été analysées complètement à plusieurs reprises avant l'opération. Du 18 décembre au 28 décembre les résultats ont d'ailleurs été à peu près identiques. La quantité d'urée, en 24 h., varie de 28 gr. 80 à 29 gr. 75. La quantité de sucre était en moyenne de 2 gr. 80. Albumine en faible quantité.

A cause de l'augmentation rapide de la tumeur, de la présence des ganglions et de l'âge du malade, on fit le diagnostic de cancer du corps thyroïde.

Le 28 décembre, après anesthésie au mélange de Billroth, M. Bérard aborde la tumeur par une large incision cruciale et pratique rapidement l'énucléation de la tumeur. Pincés hémostatiques à demeure sur les vaisseaux qui saignent, mèche de gaze iodoformée au fond de la cavité laissée libre par la tumeur. Pansement. Les ganglions n'ont pas été enlevés.

L'opération a été très rapide et le malade ne présente aucun phénomène de choc.

Quarante-huit heures après l'opération on enlève les pincés. Les suites opératoires sont très simples et, le 15 janvier, la plaie est presque entièrement cicatrisée.

L'état général du malade est excellent, le pouls moins rapide, 80 pulsations en moyenne par minute.

Les urines sont analysées à plusieurs reprises, et on constate alors des modifications très intéressantes dans sa composition. Le sucre augmente un peu après l'opération et atteint 2 gr. 90, puis il diminue et, le 14 janvier, il n'en existe plus aucune trace; disparition de l'albumine.

L'urée, qui atteignait près de 30 gr., immédiatement après l'opération, diminue également et, le 14 janvier, on ne trouve plus que 10 gr. 50 en 24 heures.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, le 18 janvier 1900, complètement guéri. Cependant, depuis quelques jours, sa voix est devenue un peu rauque.

Examen de la tumeur :

1^o Aspect macroscopique. Son volume est à peu près celui d'une tête de fœtus. Sa surface est lisse et formée par une sorte de capsule aponévrotique qui a permis de l'isoler facilement des organes voisins.

A la coupe, elle présente l'aspect suivant : à la périphérie, on voit une capsule mince qui l'entoure de toute part et sur la face profonde de laquelle s'implantent des cloisons fibreuses qui rayonnent vers le centre. Les loges ainsi formées sont remplies par un tissu granuleux, blanchâtre, très dur à la coupe et d'aspect néoplasique. On met dans l'alcool quelques

parcelles recueillies dans différents points de la masse centrale et au niveau de la capsule.

2° Etude histologique pratiquée par MM. Dor et Thévenot. Les coupes sont colorées par le liquide de Biondi. Il s'agit d'un épithéliome du corps thyroïde. Au milieu d'un stroma délié, se trouvent des amas de cellules polyédriques qui forment de distance en distance des nids au milieu desquels on aperçoit un peu de substance colloïde.

3° Etude chimique pratiquée par M. Dor. Le corps thyroïde, coupé en morceaux, est placé pendant quinze jours dans l'acide azotique. L'iode est recherchée ensuite à l'aide de l'éther, et on constate qu'il s'y trouve en quantité notable.

Nous devons donc examiner la nature et la forme des symptômes qui constituent la *cachexie cancéreuse thyroïdienne*, en désignant sous ce nom, *l'ensemble des signes qui caractérisent la réaction de l'organisme contre le cancer thyroïdien*.

Ces signes, pour la commodité de la description, peuvent se diviser en trois catégories : hyperthermie, signes basedowiens et troubles de la nutrition.

1° *Hyperthermie*. — L'existence de la fièvre, au cours de l'évolution du cancer thyroïdien est chose bien connue. La température s'élève à 39° et même au-dessus mais oscille ordinairement entre 38° et 38°5. Le malade n'a cependant pas l'aspect d'un fébricitant et il faut rechercher systématiquement cette élévation thermique pour la trouver, sinon elle passerait inaperçue. Son apparition peut être précoce ; avant que la tumeur soit cliniquement appréciable, le malade présente de la fièvre, s'amaigrit et se cachectise et, ce n'est que plusieurs semaines après, qu'il est possible d'attribuer ces phénomènes à leur véritable cause. Chez

la plupart des sujets, on ne constate cette hyperthermie que pendant la dernière période de la maladie, et encore, est-elle très inconstante. Les malades que nous avons observés, cette année, à la clinique de M. Poncet, étaient apyrétiques, à l'exception d'un homme dont la température s'élevait à 38°. Il est vrai, que ces malades étaient atteints d'épithéliome à marche lente, d'une malignité atténuée.

Quelle est la cause de l'inégalité des malades devant la fièvre ? Elle vient de la diversité des facteurs capables de produire cette fièvre : nature du néoplasme, infections surajoutées.

La forme anatomique de la tumeur joue certainement un grand rôle. Les sarcomes de la thyroïde, comme ceux des autres organes, provoquent souvent une élévation de température. Ils ont l'allure inflammatoire des strumites avec lesquels ils sont parfois confondus. Les observations de sarcome du corps thyroïde publiées par Rollet, par Rabé, par Kummer, par Boeckel, et par tant d'autres chirurgiens, montrent bien la fréquence de ce symptôme, même dans les tumeurs localisées à la glande, en l'absence de toute généralisation viscérale.

Les épithéliomes s'accompagnent peut-être plus rarement d'hyperthermie, qui doit être comparée à celle produite sur les chiens par l'hyperthyroïdation expérimentale. Il existe, cependant, des faits certains de fièvre au cours d'un cancer épithélial. Au dire de Bircher, lorsque la température s'élève pendant l'évolution d'un cancer thyroïdien, on doit redouter une généralisation viscérale. C'est une

observation fort juste que nous avons vu se réaliser presque toujours. Cependant une malade atteinte d'épithélioma et de métastases pulmonaires, possédait une température normale.

Enfin, dans plusieurs cas, la fièvre s'explique de manière plus simple par des infections banales, venant se greffer sur la tumeur et lui donnant une allure inflammatoire. Gerolamo Gatti a trouvé des streptocoques dans le pus d'un abcès développé sur un sarcome de la thyroïde, et M. Poncet a vu souvent de véritables phlegmons se développer sur le néoplasme.

Nous considérons la fièvre, dans le goitre malin, comme une intoxication par les produits modifiés de la glande, comme un signe de dysthyroïdation.

2^o *Phénomènes basedowiens.* — Au moment où la tumeur thyroïdienne se met à grossir, les malades présentent des symptômes qui offrent quelque analogie avec ceux du goitre exophtalmique. Le syndrome basedowien ne se développe pas habituellement avec son aspect caractéristique, et on constate seulement quelques-uns des symptômes qui le constituent. Lorsqu'on examine systématiquement, à ce point de vue, les malades atteints de cancer thyroïdien, on constate bien souvent l'existence du tremblement, de la tachycardie et de l'exophtalmie. Ce tremblement est à petites oscillations, vibratoires, comme dans la maladie de Basedow, et accompagne souvent de tachycardie. Le malade se plaint parfois de palpitations violentes.

tes ; le tremblement est accompagné, chez quelques malades, de véritables crises de contracture.

L'exophtalmie, plus rare, se montre de temps en temps avec une très grande netteté. Quoique ces symptômes soient souvent isolés, il est possible de les rencontrer, réunis, chez un même malade, comme dans l'observation que M. Bouveret a bien voulu nous communiquer. Ces phénomènes de dysthyroïdation s'expliquent facilement par les transformations que le cancer fait subir à la glande. Loin d'être l'expression clinique d'une lésion unique, la maladie de Basedow constitue un syndrome dont les causes sont variables et, parmi ces causes, il faut placer le cancer thyroïdien.

3^o *Troubles de nutrition.* — L'amaigrissement est le premier symptôme qui exprime les troubles des échanges interstitiels sous l'influence du cancer. Le malade s'amaigrit rapidement, et cependant l'appétit est conservé, les fonctions digestives s'exécutent de manière normale de telle sorte, que, pendant longtemps on ne constate aucun signe de dépression ou d'affaiblissement. Les forces se maintiennent presque intactes jusqu'à une période tardive et on peut voir parfois des individus émaciés, à la figure rendue étrange par la saillie et l'éclat des yeux, et capables cependant de marcher, de se promener, jusqu'au moment où les troubles respiratoires viennent terminer les événements.

L'examen du sang a été pratiqué rarement. Hayem a publié une observation où il constatait

une augmentation du nombre des globules blancs plus considérable que dans les autres cancers.

L'examen des urines donne parfois des renseignements d'un grand intérêt. Ces recherches ont porté sur la quantité et les variations de l'urée, des phosphates et, lorsqu'il était possible, de l'albumine et du sucre.

Les phosphates ne présentent pas de variations caractéristiques.

L'urée éliminée en 24 heures est augmentée ou diminuée suivant les malades et dans certaines conditions.

L'augmentation de la quantité d'urée existe surtout dans les cancers au début, avant l'apparition de la cachexie. Une malade, âgée de 52 ans, atteinte depuis trois semaines environ de cancer de la thyroïde, éliminait de 50 à 56 gr. d'urée chaque jour. Elle mourut à la suite de l'intervention et l'autopsie montra que le néoplasme était limité à la glande et n'avait donné lieu à aucune métastase.

Chez un homme de quarante-sept ans, amaigri et peu cachectique, opéré à la clinique, par M. Bérard, des examens répétés de l'urine furent pratiqués avant et après l'opération. Avant, il éliminait en moyenne, pendant vingt-quatre heures, 2 gr. 5 à 2 gr. 8 de sucre et environ 30 gr. d'urée. Quelques jours après l'extirpation de la tumeur thyroïdienne, qui était un cancer épithélial ayant envahi le lobe gauche, le sucre disparut complètement et l'urée tomba à 10 gr. en vingt-quatre heures.

Cette observation montre de manière évidente

l'influence de la tumeur sur la nutrition, puisque l'ablation de cette partie dégénérée de la glande thyroïde, en supprimant la pénétration dans l'organisme de produits viciés, a modifié simultanément les réactions qui règlent les quantités d'urée et de sucre.

La diminution de l'urée s'observe chez les individus porteurs de néoplasmes anciens, et dont l'état général est plus gravement atteint. Le taux de l'urée s'abaisse alors beaucoup et atteint 6 gr. à 7 gr. en vingt-quatre heures.

On voit donc que ces phénomènes, non seulement diffèrent de façon complète du myxœdème, mais se rapprochent beaucoup plus des phénomènes d'hyperthyroïdation que d'hypothyroïdation.

D'ailleurs, le myxœdème n'a jamais été observé au cours de l'évolution de la thyrocarcinose et même, la venue du cancer pourrait améliorer les myxœdémateux. « Une vieille crétine, écrit Rivière, a sem-
« blé à quelques observateurs, peut-être prévenus,
« s'éveiller, prendre un faciès moins terreux, plus
« coloré, assouplir ses tissus sous l'influence du
« cancer ».

Il serait intéressant de contrôler ce fait, en observant les phénomènes qui accompagnent le développement du cancer chez les crétins. Il est très rationnel, d'après ce que nous avons étudié plus haut, d'admettre que la dégénérescence maligne d'une glande en état de moindre activité, augmente les sécrétions et déverse dans la circulation des produits plus abondants, voisins par leur constitution

de l'iodothyline normale et capables par suite, de jouer un rôle thérapeutique efficace à l'égard du myxœdème et des accidents d'hypothyroïdation.

En résumé, nous désignons sous le nom de cachexie cancéreuse thyroïdienne l'ensemble des symptômes de la dysthyroïdation de l'organisme produite par le cancer.

Cette cachexie se traduit par une série de troubles isolés ou concomitants : tremblement, tachycardie, exophtalmie, fièvre, amaigrissement, troubles de la sécrétion urinaire, intoxication aiguë, qui se manifestent avec une fréquence et une intensité très variables, mais suffisent cependant à lui donner une véritable individualité.

TERMINAISON. — La mort est le terme fatal de l'évolution du cancer du corps thyroïde. Elle est due soit au progrès de la cachexie, soit aux complications respiratoires, vasculaires ou infectieuses.

1^o Mort par cachexie. — Dans la plupart des cas, les symptômes généraux n'ont pas le temps de prendre un développement suffisant pour amener la mort. Cependant, lorsque les conditions locales permettent à la tumeur de se développer sans comprimer trop la trachée, ou bien lorsque le néoplasme est d'une très grande malignité, la cachexie peut jouer un rôle de première importance et diriger à elle seule l'évolution de la maladie vers son inévitable terminaison. Les troubles de la respiration, la compression de l'œsophage

assez prononcée souvent pour empêcher tout à fait la déglutition, les douleurs irradiées dans la tête, ne sont alors que des adjuvants à l'œuvre d'intoxication néoplasique.

2° Mort par complications respiratoires. — Les compressions trachéales viennent, le plus souvent, abréger la durée de la maladie en la terminant de façon plus ou moins brusque par l'asphyxie. La dyspnée est un signe de mauvaise augure, précurseur de la mort qui survient dans un délai de quelques semaines ou de quelques mois. Tantôt c'est une gêne constante de la respiration, due à des compressions trachéales, tantôt elle se manifeste sous forme d'accès de suffocation, signes de lésions récurrentielles. Dans d'autres circonstances, elle s'accompagne de toux et d'hémoptysies répétées, qui traduisent la généralisation du néoplasme aux poumons, et parfois l'envahissement de la paroi trachéale par un bourgeon végétant. La signification de cette dyspnée est d'une haute gravité, parce que la trachéotomie ne peut rien contre elle et que, une fois établie, elle poursuit impertubablement son cours jusqu'aux accidents ultimes.

3° Mort par complications vasculaires. — C'est un mode de terminaison rarement constaté. La thèse de Coulon renferme quelques exemples d'ulcération de l'artère carotide avec hémorrhagie mortelle consécutive.

4^o *Mort par complications infectieuses.* — Les diverses infections trouvent dans l'appareil respiratoire de ces cancéreux thyroïdiens un terrain fertile. Aussi, voit-on souvent les malades succomber à des complications pulmonaires : congestion, pneumonie, broncho-pneumonie.

II. — EVOLUTION ET FORMES CLINIQUES

L'allure et l'aspect du goitre malin sont presque aussi nombreux que les malades. Entre les tumeurs qui végètent insidieusement au milieu de la glande et ne révèlent leur présence que par les métastases osseuses ou viscérales, et les énormes masses bosselées à marche aiguë et rapidement envahissante, on rencontre une grande quantité de formes intermédiaires. Cependant, au milieu de cette diversité ondoyante, il est possible de reconnaître un type fondamental, dont les modifications évolutives mettent en lumière tel ou tel caractère. En effet, le cancer du corps thyroïde traverse deux périodes. Dans la première, la tumeur est enfermée dans la glande et y végète, en provoquant une hypertrophie plus ou moins considérable ; c'est la période de développement intra-capsulaire. Puis elle franchit cette capsule, se diffuse dans les régions voisines et se généralise dans les ganglions et dans les viscères. C'est la deuxième période, ou période d'envahissement extra-capsulaire.

Ces états successifs se distinguent toujours dans

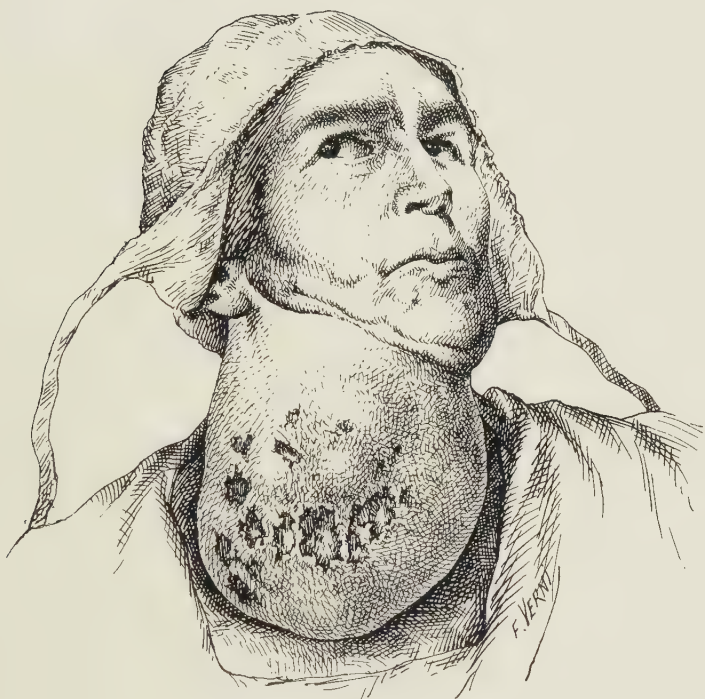


Fig. 3. — Polyadénome malin.

l'histoire de ces tumeurs. Mais les unes brûlent les étapes, les autres s'attardent longuement à la première partie de la route, peuvent même s'y arrêter de façon définitive, et ainsi s'explique la multiformité de leur aspect.

Il convient de décrire trois types : le cancer subaigu qui est le plus fréquent, le cancer aigu, et le cancer latent.

A. — **Cancer subaigu.** — Un individu, âgé d'une cinquantaine d'années, et porteur d'un vieux goitre, s'aperçoit un jour que sa tumeur, depuis longtemps stationnaire, se met à s'accroître de nouveau. Parfois, il ressent quelques douleurs irradiées, dans la tête et dans le cou, mais le plus souvent, cette première partie de l'évolution du cancer est absolument indolore. Le malade ne s'en inquiète pas, ou bien se contente de quelque médication anodine et l'affection poursuit librement son cours. La tumeur a l'aspect et la consistance d'un goitre ordinaire, et s'accompagne parfois de quelques troubles respiratoires.

Lorsqu'il n'y a pas de goitre antérieur, les choses se passent de manière un peu différente. Dans la région thyroïdienne apparaît une petite tumeur qui s'accroît d'abord assez lentement, puis plus vite. A ce moment il n'existe pas d'autres signes suspects que l'âge du malade, la rapidité de l'accroissement, parfois quelques douleurs et de la dyspnée. Mais ce sont des éléments suffisants lorsqu'on sait la fréquence du cancer et la rareté des goitres chez les vieux.

On comprend combien il est important de connaître la durée de cette première période qui constitue, pour ainsi dire, la zone maniable de la strume maligne, parce que l'affection est entièrement localisée dans la glande, la généralisation viscérale exceptionnelle, et qu'alors seulement il est possible de tout enlever et d'obtenir une guérison définitive.

Malheureusement, la bénignité apparente de l'affection ne donne pas aux malades le courage de consulter un chirurgien. Ils viennent à l'hôpital lorsqu'ils ne peuvent plus respirer, ou que la tumeur a pris un aspect par trop menaçant. Comme ils appartiennent à un milieu social, où les facultés d'observation sont peu développées, il est difficile d'obtenir des renseignements exacts sur l'époque du début de la tumeur et de l'envahissement ganglionnaire. Chez la plupart des malades observés dans le service de M. Poncet, cette première période a varié entre deux et six mois, mais il existe les plus grands écarts individuels, de telle sorte qu'elle peut se prolonger beaucoup plus longtemps, pendant plusieurs années même, d'après certains chirurgiens (1) et ce fait est d'autant plus important qu'il donne à la strume maligne une allure inconnue des auteurs classiques et compatible avec une intervention opératoire utile. C'est donc la plus ou moins longue durée de cette phase de prolifération intra-capsulaire qui caractérise les différents types du cancer subaigu.

(1) Voir thèse de Dubœ.

Dans la forme la plus lente, un goitre se développe chez un sujet déjà vieux, ou augmente brusquement en provoquant des phénomènes de compression. Quelques mois, et plus rarement quelques années après, apparaissent des ganglions ou des noyaux métastiques viscéraux. La plupart du temps il s'agit de formes plus rapides. Au bout de quelques mois, ou de quelques semaines, la dyspnée, les douleurs, les troubles de la déglutition se montrent, et le cancer entre dans sa seconde période.

La scène a changé et les événements se précipitent. C'est le stade d'envahissement des organes voisins avec généralisation aux ganglions et aux viscères, c'est la période de végétation exubérante, le développement de la grosse tumeur bosselée, bien connue par la plupart des chirurgiens et décrite dans les traités classiques.

On voit alors, dans la région thyroïdienne, une volumineuse tumeur qui soulève par ses bosselures irrégulières les téguments rouges et empâtés. Le patient a la figure pâle et amaigrie, l'aspect cachectique. Au moindre effort, il est essoufflé. La voix est rauque, éteinte ou bitonale et la déglutition difficile. On sent, en arrière de la tumeur principale, de nombreux ganglions, dont les chaînes gagnent le creux sus-claviculaire, sous formes de grosses masses ou, au contraire, de petites boules dures. Puis la dyspnée augmente, les crachats se strient de sang, la cachexie fait des progrès rapides et le malade meurt.

La durée totale de cette forme varie entre 6 mois et un an, et parfois beaucoup plus longtemps.

Ewald donne un chiffre analogue et les nombreux cancers à marche subaiguë observés par M. Poncet ont évolué pour la plupart en moins d'un an. Ces chiffres sont en rapport avec ceux de Rose, de Houel et de Coulon. Quant à la forme lente, elle a déjà été observée autrefois par Lücke, mais Lebert et tous les auteurs qui y ont écrit ensuite sur le cancer thyroïdien le considère comme une affection à marche toujours très rapide. L'opinion de Lücke est cependant soutenable dans une certaine mesure, puisque les malades peuvent vivre pendant plusieurs années avec un cancer thyroïdien, dont quelques formes ont une allure relativement bénigne. La durée totale de l'évolution du néoplasme est difficile à déterminer de façon précise, parce que les points de repère manquent, pour fixer le début; la transformation maligne se fait silencieusement et le cancer peut végéter longtemps au sein de la glande, avant qu'un symptôme caractéristique vienne dire son existence au chirurgien.

OBSERVATION 21

*Cancer du corps thyroïde à marche subaiguë.
Amélioration par un érysipèle.*

Pierre B..., âgé de 69 ans, manœuvre, né à St-André-d'Albon, habitant depuis un grand nombre d'années à Lyon, entre le 8 janvier 1900, dans le service de M. le professeur Poncet.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Aucun goitre dans sa famille.

Il eut toujours une bonne santé. Fièvre typhoïde à 20 ans. Il s'est marié à 32 ans et eut trois enfants qui se portent bien.

Le début de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital, date de huit mois seulement. Il vit alors, qu'il portait une petite tumeur arrondie, au niveau de la partie la plus interne du triangle sus-claviculaire droit, presque en contact avec la trachée. Les mois suivants, cette tumeur s'accrut, mais très lentement, sans s'accompagner de gêne dans la respiration, de telle sorte que le malade ne s'en inquiétait nullement, et ne consulta pas de médecin.

Ce goitre avait donc une allure fort bénigne, lorsque il y a 8 jours, le malade commença à éprouver de violentes douleurs dans le côté droit de la tête.

En même temps, la tumeur, prenant une marche beaucoup plus rapide, s'accrut beaucoup, et envahit toute la partie latérale droite du cou, qui devint dure et bosselée.

Il ne se produisit ni troubles de la déglutition, ni désordres respiratoires. L'audition disparut complètement du côté droit.

Perte complète de l'appétit et affaiblissement rapide.

Le malade se présente alors à l'Hôtel-Dieu.

La partie droite du cou est occupée par une tumeur de surface irrégulière, qui s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule. En arrière, elle se prolonge jusque dans le voisinage de la colonne vertébrale et envoie en avant un prolongement qui recouvre la trachée et la dépasse, à gauche, de plusieurs centimètres. Le creux sus-claviculaire est comblé par une masse bosselée; la peau glisse mal sur les plans profonds, le doigt y laisse son empreinte, et elle a pris, sur une large étendue, une couleur rouge sombre.

La température locale est élevée. De grosses veines serpentent sous les téguments.

La tumeur antérieure, appartenant au corps thyroïde de façon manifeste, se déplace avec la trachée.

Le lobe gauche paraît normal; quelques ganglions sont sensibles sur son bord postérieur.

La circonférence du cou à sa base, est de 41 centimètres.

La trachée et le larynx sont fortement repoussés à gauche. Le larynx se trouve au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et cependant il n'existe pas de troubles respiratoires.

Pas de dysphagie.

A droite, les vaisseaux sont englobés dans la masse néoplasique. A droite, ils sont libres.

Pas de troubles de la phonation.

Le malade se plaint de douleurs très violentes qui s'irradient du côté droit de la tête et du cou. L'acuité auditive a complètement disparu à droite; du côté gauche, elle est normale.

Pas de tremblement, ni d'exophtalmie, ni d'inégalité pupillaire.

Le pouls bat 100 fois par minute.

Pas de température.

L'examen du thorax montre une légère voussure au niveau de la fosse sous-claviculaire droite.

Rien au cœur. Aux poumons, la respiration s'entend mal. Quelques râles ronflants et sibilants.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La quantité d'urée, fortement diminuée, n'est que de 5 gr. 7 par litre; 7 gr. 75 par 24 heures.

L'état général est mauvais. Le malade, très affaibli, peut à peine marcher. Il est pâle, bouffi, mais l'amaigrissement est peu marqué.

15 février. — La tumeur s'accroît toujours. Depuis quelques jours, la respiration est plus difficile. Le malade a eu deux hémoptysies.

8 mars. — La tumeur paraît stationnaire. Les hémoptysies n'ont pas reparu. La quantité d'urée est de 5 gr. seulement par litre d'urine. Douleurs irradiées dans la tête et dans le cou.

12 mars. — Apparition d'un érysipèle de la face.

Cet érysipèle dura pendant six jours et se limita à la face. Symptômes habituels. Température très élevée, néanmoins l'état général reste bon.

25 mars. — Le malade est complètement remis de son érysipèle. L'appétit est revenu, et même l'état de la tumeur s'est amélioré. Les masses ganglionnaires sont plus mobiles, les douleurs moins vives et le malade, très satisfait, demande à retourner chez lui, où il est mort quelque temps après.

OBSERVATION 22

(Observation due à l'obligeance de mon ami Maurice Patel.)

Cancer subaigu du corps thyroïde.

Marie T..., âgée de 45 ans, d'Ugenel (Savoie), entre au mois de mars, salle Saint-Paul, dans le service de M. Jaboulay.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Pas de goitre dans sa famille.

Antécédents personnels. — Mariée, a eu 13 enfants dont 6 bien portants. Sept sont morts en bas âge d'affections diverses. Pas de maladie antérieure. Les règles, toujours régulières, ont manqué le mois dernier.

Elle a toujours vécu à Ugenel. C'est un pays où se trouvent quelques goitreux.

A partir de sa troisième grossesse, la malade a remarqué que son cou augmentait de volume, et cela pendant toutes les grossesses qui ont suivi. Après l'accouchement, le cou redevenait normal et, au dire de la malade, ne présentait aucune tumeur.

Début. — Il y a quatre mois, dans la région latérale du cou, vers la partie moyenne, la malade remarqua une petite grosseur dure, qui, au début, n'amena ni gêne, ni douleur. Elle s'accrut très vite et, un mois après, se luxa brusquement à gauche, c'est à partir de cette époque que se montrèrent les troubles fonctionnels. L'accroissement se fit ensuite de manière de plus en plus rapide.

Etat actuel. — La tumeur atteint aujourd'hui le volume d'une tête de fœtus; elle est à gauche et surplombe la clavicule. Sa surface est irrégulièrement sphérique, bosselée par endroits. Au toucher, sa consistance est dure en certains points, presque fluctuante en d'autres. La peau est très adhérente; en un point, elle est amincie, rouge, chaude, prête à s'ulcérer. Tumeur adhérente aux plans profonds, immobile pendant les mouvements de déglutition.

La trachée est déviée à droite; cette déviation s'est produite

brusquement au moment de la luxation de la tumeur. Le cou est tordu à gauche. Ganglions, petits, durs, très nombreux à gauche, derrière le sterno-mastoïdien. On en trouve aussi à droite dans le creux sus-claviculaire.

Troubles fonctionnels. — Dysphagie, a débuté il y a quelques jours. La malade souffre beaucoup en avalant. Dysphonie depuis la déviation de la trachée. Dyspnée légère, survenant après les efforts. Pas de troubles visuels. Douleurs dans la région occipitale et frontale, douleur provoquée par la pression au niveau des points fluctuants de la tumeur. Amaigrissement considérable.

Température oscille entre 38°, et 38°,6. Pas de tremblement, ni d'exophtalmie. La peau a pris une teinte brune. La malade, inopérable, quitte l'hôpital mourante.

OBSERVATION 23

Cancer thyroïdien — Grosse tumeur bosselée

Léopold G..., 57 ans, cultivateur à Dieulefit, entre à la clinique le 18 avril 1899, pour une tumeur thyroïdienne.

Antécédents. — Aucune tare dans son hérédité. Depuis l'âge de quatorze ou quinze ans, le malade est porteur d'un goitre assez volumineux, qui le fit réformer par le conseil de révision. Pendant l'hiver 1897-1898, la tumeur augmenta quelque peu, puis resta de nouveau stationnaire. Depuis l'automne 1898 accroissement rapide et considérable, douleurs irrégulières dans la tête et le cou, respiration un peu gênée, modification de la voix, dysphagie légère. Il y a quelques jours, il eut deux accès de suffocation.

Etat actuel. — Etat général médiocre. Peu d'amaigrissement, voix bitonale. Le cou est déformé par une tumeur plus marquée à gauche qu'à droite, s'étendant de la fourchette sternale à la clavicule dans le sens vertical, et dans le sens transversal du sterno-cleido-mastoïdien du côté droit, au voisinage de la colonne à gauche du cou. Cette tumeur est dure, rénitente absolument fixée, ne se déplaçant ni à la main, ni par les mou-

vements de déglutition. Peau normale. Sous le bord droit, on sent le cartilage thyroïde et les premiers anneaux de la trachée qui est molle et un peu aplatie.

La carotide est englobée par la tumeur des deux côtés.

Pas de signes de compression vasculaire ni nerveuse. Dans la région sus-claviculaire gauche, on sent près de la tumeur une petite masse du volume d'une noisette qui semble être un ganglion. A côté deux autres plus petits. Un autre au sommet de l'aisselle gauche.

Examen laryngoscopique par M. Rivière; déviation du larynx, œdème des aryténoïdes, parésie de la corde gauche.

Aux poumons : diminution de la respiration dans tout le poumon gauche. Rien au cœur.

Pas de température. Pas de tachycardie, ni de tremblement, ni d'exophtalmie.

Le malade, inopérable, quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION 24

Goitre malin — Tumeur ganglionnaire du creux sus-claviculaire droit

Marie T. . . , 70 ans, cultivatrice à Espenel (Drôme), entre à la clinique au mois de mai 1899.

Cette malade porte, depuis l'âge de 15 ans, un goitre qui occupe surtout le côté droit de la glande thyroïde, et n'a jamais provoqué ni douleurs, ni essoufflement.

Il y deux mois, elle vit apparaître dans le creux sus-claviculaire droit, une tumeur de la grosseur d'une noix, qui s'accrut sans douleur et sans phénomènes inflammatoires.

Actuellement, cette tumeur a le volume d'une petite mandarine; elle est située en dehors du sterno-mastoïdien dont le bord antérieur fait relief entre elle et le goitre. Rénitente, lisse et assez régulière dans la plus grande partie de son étendue, elle présente une bosselure plus proéminente dans sa partie supérieure. Les mouvements, communiqués au goitre ne se transmettent pas à la tumeur sus-claviculaire qui est éga-

lement immobile dans les mouvements de déglutition. Cependant, il semble qu'un prolongement la relie au goitre. Peau normale.

Pas de douleurs.

Au devant du cou, on trouve un goitre volumineux, de consistance homogène, et développé surtout dans le lobe droit. Mais le lobe gauche est également envahi et forme une masse dure et arrondie. La trachée est déviée du côté gauche. Pas de ganglions.

Le goitre n'a subi aucune augmentation de volume, au dire de la malade. Les troubles respiratoires sont peu marqués, l'état général est bon. Du côté droit, l'œil est plus enfoncé, la fente palpébrale plus petite, et la pupille plus resserrée que du côté gauche. Aucune cachexie.

La malade quitte le service, après avoir reçu un traitement général.

OBSERVATION 25

Enorme cancer thyroïdien.

Un homme de 45 ans se présente au mois de mars 1900, à la clinique de M. le professeur Poncet, avec une volumineuse tumeur thyroïdienne qui occupe toute la région antéro-latérale droite du cou. Cette tumeur, qui s'est greffée sur un goitre ancien, a le volume d'une tête d'adulte et présente l'aspect classique du cancer thyroïdien. Surface irrégulière et bosselée, peau adhérente et rouge, masse énorme surplombant la clavicule et immobilisant la tête de façon presque complète. Du côté droit, le paquet vasculo-nerveux est englobé dans des noyaux durs qui semblent être des ganglions.

Douleurs, dysphagie, voix éteinte, un peu de dyspnée, sans accès de suffocation. Amaigrissement et cachexie. Etat général grave. Inopérable.

OBSERVATION 26

Cancer de la glande thyroïde. — Inopérable.

Jeanne B..., 72 ans, cultivatrice à Rochefort (Savoie), entrée au mois de février 1899, à la clinique de M. Poncet, s'aperçut, il y a trois mois, qu'elle portait sur le côté gauche du cou une petite tumeur du volume d'une noisette, qui s'accrut rapidement. Perte de l'appétit et amaigrissement. Depuis quinze jours, évolution plus rapide encore, douleurs irradiées dans la face et difficulté très grande dans la déglutition des aliments solides et même des liquides.

Etat actuel. — Tumeur volumineuse occupant la région antéro-latérale gauche du cou, croisée en écharpe par le muscle sterno-cleido-mastoïdien qui se trouve tendu comme une corde de violon.

La peau a conservé son aspect normal. A la palpation, consistance dure, fluctuation en certains points. Pas d'adhérences avec les plans profonds. Pas d'expansion systolique. Les ganglions carotidiens sont envahis et aussi ceux du creux sus-claviculaire.

Pas de troubles respiratoires. Dysphagie légère. Inopérable.

OBSERVATION 27

Cancer du lobe thyroïdien gauche. — Inopérable.

Suzanne M..., âgée de 49 ans, de Queyras (Hautes-Alpes), entre le 15 janvier 1896 dans le service de M. Poncet.

Antécédents. — Pas de goitre dans sa famille. Bonne santé habituelle.

Début. — Il y a trois ans par des douleurs auriculaires et une petite tumeur en dessous de l'angle de la mâchoire à gauche. Accroissement très lent jusqu'à l'année dernière,

époque de la ménopause. Puis, augmentation rapide et apparition de bosselures.

Signes physiques. — Tumeur du volume du poing, située tout entière à gauche de la ligne médiane. Sa forme est irrégulière. Son point le plus saillant est marqué par deux saillies arrondies, d'une couleur violacée et à fluctuation manifeste. Peau amincie, vasculaire, rouge et adhérente. Elle suit les mouvements de la trachée. La trachée et le larynx sont fortement déviés à droite. La tumeur, très vasculaire, présente un mouvement d'expansion propre. Pas de souffle. Quelques ganglions en arrière de la tumeur. On constate également deux ganglions dans le triangle sus-claviculaire du côté opposé.

Signes fonctionnels. — Douleurs intermittentes locales et auriculaires. Pas de dysphagie. Voix rauque. Dyspnée d'effort, bon état général.

Les lésions étant trop étendues pour qu'une extirpation puisse avoir des résultats utiles, la malade est renvoyée chez elle.

OBSERVATION 28

(Thèse ORCEL. — Observation XV.)

Cancer thyroïdien.

D..., Perrine, 61 ans, de Beaujeu; mars 1887, service de M. Poncet.

Il y a trois mois, dysphagie, douleurs et augmentation du volume du cou. Tumeur volumineuse, développée aux dépens des deux lobes. Cachexie, dysphagie et dyspnée. Température 38 à 38°5. Inopérable.

Meurt 21 jours après avoir quitté l'Hôtel-Dieu. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 29

(Observation XVI. — Thèse d'ORGEL.)

Sarcome du corps thyroïde.

V..., Geneviève, âgée de 51 ans, de Villementois (Loire) ; service de M. Ollier, 1874.

Goitre ancien. Depuis 6 mois accroissement rapide. Actuellement tumeur volumineuse, dyspnée, dysphagie, douleurs dans le membre supérieur droit. Température de 37°5 à 38°5. Application de flèches de Canquoin. Mort.

Autopsie partielle. Sarcome du corps thyroïde.

OBSERVATION 30

Cancer thyroïdien subaigu.

G..., 61 ans, mécanicien, de Claix (Isère), habitant Lyon, entre en 1899 dans le service de M. Jaboulay.

Cet homme a toujours eu une bonne santé. Pas de goitre antérieur.

La tumeur a débuté il y a 8 mois, par une grosseur du volume d'une noix, qui prit naissance dans la partie gauche du corps thyroïde. Cette tumeur s'accrut ensuite lentement, puis augmentation rapide, il y a un mois. Apparition de douleurs, non irradiées dans la tête.

Peu de mobilité dans les mouvements du larynx.

Ganglions à droite.

La voix est un peu éraillée. Gêne dans la respiration. Pas de dysphagie.

Depuis 8 jours, crachats sanglants.

Le malade quitte l'hôpital et rentre chez lui.

OBSERVATION 31

Dégénérescence maligne d'un vieux goitre. Etat crétinoïde.

V..., Emilie, âgée de 73 ans, de Weffes (Hautes-Alpes), entre le 28 février 1896, dans le service de M. Poncet.

Cette femme a toujours eu une hypertrophie du corps thyroïde. Depuis un an et demi ou deux ans, augmentation plus rapide. Depuis deux mois, douleurs, rougeur, avec amincissement de la peau.

La tumeur, bosselée et rénitente, occupe le côté gauche du cou, douleur à la palpation, adhérences de la peau. Pas d^e gêne respiratoire, cependant accès de suffocation. Dysphonie. Quelques ganglions. Cachexie.

L'accroissement de la tumeur se fait très rapidement, et la malade meurt de suffocation, moins d'un mois après son entrée dans le service.

Autopsie. — La tumeur est très molle; elle est constituée par une masse dégénérée, qui a envahi toute la glande dont l'aspect est blanchâtre, avec des points déliquescents. Les ganglions sont envahis et font corps avec la tumeur. Les ganglions carotidiens, médiastinaux sont pris. Un gros ganglion préaortique.

La trachée est aplatie et déformée. Pas d'envahissement de sa paroi.

Deux petits noyaux dans le poumon.

Les autres organes et le squelette sont sains.

OBSERVATION 32

Cancer thyroïdien.

R..., Antoinette, religieuse à Périgneux (Loire) entre dans le service de M. Poncet, au mois de juin 1894.

La malade a habité pendant 20 ans un pays où il y a beaucoup de goitreux. Très bonne santé habituelle. Goitre depuis 10 ans.



Fig. 4. — Thyrocarcinose développée depuis six mois, sur un goître datant de l'adolescence.

Depuis un an, enrrouements fréquents et de peu de durée. Depuis un mois, troubles plus accentués : dyspnée pendant la nuit, altération de la voix, dysphagie.

Actuellement, tumeur occupant les deux lobes du corps thyroïde, avec prédominance à gauche, uniformément dure, peau normale. Les lésions sont très étendues et, à gauche, la tumeur remonte jusqu'au lobule de l'oreille.

Voix bitonale, dyspnée, dysphagie faible. *Amaigrissement rapide.*

OBSERVATION 33

(Résumée.)

(Obs. due à l'obligeance de M. Louis Tixier.)

Cancer primitif du corps thyroïde, et cancer primitif intrinsèque du larynx.

Au mois de février 1899, entrant dans le service de M. Pollosson, un malade de 52 ans atteint de cancer intrinsèque du larynx, bien limité. Trachéotomie d'urgence; on remarque alors que le corps thyroïde est très volumineux.

Broncho-pneumonie. Puis l'état général s'améliore et, un mois après, MM. Pollosson et Tixier pratiquent une laryngectomie totale. Mort, trois jours après, de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on examine d'abord la plaie opératoire: la tumeur laryngienne a été largement enlevée, et il n'existe sur l'épiglotte et la trachée, aucun signe de dégénérescence.

Ganglions sous le corps thyroïde. Celui-ci est très volumineux, de coloration presque noirâtre et très dur à la coupe. Aux poumons, large zone hépatisée. Ganglions trachéo-bronchiques volumineux.

L'examen pathologique est pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot.

Les coupes de la tumeur du larynx montrent un cancer épithélial du type malpighien.

La tumeur thyroïdienne est un cancer primitif du corps thyroïde. Les ganglions cervicaux et médiastinaux ont une structure identique.

OBSERVATION 34

*Cancer du corps thyroïde. — Paralysie du plexus brachial.
Métastases dans le sternum et le poumon*

N... Baptistine, âgée de 36 ans, de Vienne (Isère), entre au mois de septembre 1895, dans le service de M. Poncet.

Antécédents. — Pas de goitre dans sa famille. Bonne santé. A la suite d'un accouchement, il y a 10 ans, apparition d'un goitre gauche qui restait stationnaire, sans provoquer d'autres symptômes qu'un peu de gêne respiratoire.

Il y a un mois et demi, le cou devient douloureux, sensation de brûlure dans le bras gauche, *palpitations* et dyspnée. Depuis cette époque, *sueurs abondantes, et les yeux sont devenus brillants.*

Signes physiques. — Tumeur gauche, du volume d'une orange, plonge dans le médiastin antérieur, mobile. Elle est animée d'une expansion systolique qui la fait ressembler à un anévrysme. Pas d'adhérences à la peau. *Exophtalmie.*

Signes fonctionnels. — Douleur à la pression. Compression du plexus brachial droit, impotence complète des muscles de l'épaule, anesthésie du bras, à l'exception du bord interne, paralysie des muscles du bras (type radiculaire supérieur) Dyspnée.

Opération. — Incision des parties molles, dénudation des deux lobes, mort 17 jours après de broncho-pneumonie.

Autopsie. — Cancer thyroïdien, dont le centre est suppuré. Bourgeon néoplasique proémine dans la trachée. Poumon farci de granulations du volume d'un pois. Un noyau dans le sternum.

OBSERVATION 35

Cancer thyroïdien. — Enorme tumeur inopérable.

Jeanne P..., 47 ans, de Brindas, entrée le 10 juin 1893 à la clinique de M. Poncet.

Antécédents. — Pas de goitre dans sa famille. Ést née et habite dans un pays où les goîtres sont assez fréquents. Bonne santé habituelle. A eu neuf grossesses. Depuis dix ans, apparition d'un goitre qui augmenta à la suite de la 8^e grossesse (il y a 8 ans) et de la 9^e grossesse (il y a 5 ans). Depuis un an et demi, accroissement rapide.

Signes physiques. — Grosse tumeur de la grosseur de la tête, sur le côté droit du cou, s'étend du maxillaire à la clavicule qu'elle surplombe pour s'étaler sur la partie antéro-latérale du thorax. Assez régulièrement arrondie avec quelques lobes saillants. Consistance dure. La peau est mobile, la trachée et le larynx sont refoulés à gauche et en arrière. Gros ganglions sur le bord du trapèze dans le creux sus-claviculaire gauche, et dans l'aisselle du même côté.

Examen laryngoscopique : larynx refoulé à gauche, parésie de la corde vocale gauche, tuméfaction des aryténoïdes, aplatissement de la région sous-glottique.

Signes fonctionnels. — Dysphonie. Pas de dysphagie. Dyspnée paroxystique et accès de suffocation ; pas de compression du grand sympathique, ni du plexus brachial. Amaigrissement et cachexie.

La malade, inopérable, est renvoyée chez elle le 27 juin 1897.

OBSERVATION 36.

(Résumée.)

Cancer de la thyroïde

Benoite A..., fruitière à Roanne, âgée de 45 ans, vient consulter M. Poncet, le 19 octobre 1892.

Vieux goitre, datant de vingt-quatre ans. Depuis quatre mois, augmentation rapide. En même temps douleurs atroces et insomnie. Dysphagie et dyspnée.

On constate une tumeur dure, du volume d'un gros poing, occupant les lobes droit et médian. Inopérable ; retourne chez elle.

OBSERVATION 37.

Cancer du corps thyroïde inopérable.

V..., Philiberte, 69 ans, dévideuse, Brenaz (Ain). Septembre 1890, salle St-Paul.

La malade a toujours eu gros cou ; vers l'âge de 67 ans, le cou augmente très sensiblement de grosseur au point de gêner la respiration.

Actuellement, saillie médiane faisant hernie au milieu des muscles sous-hyoïdiens, tumeur dure plonge derrière le sternum. A droite noyau analogue.

Pas de dysphagie, la voix n'a pas subi de modification mais il y a du tirage ; la malade a eu parfois de l'engourdissement dans les deux bras. Inopérable.

OBSERVATION 38.

Cancer subaigu.

Marie-Louise B..., âgée de 57 ans, de Poët-Laval (Drôme). entrée le 9 juillet 1892, dans le service de M. Poncet.

Bonne santé antérieure, pas de goitre.

Il y a trois ans, grand chagrin, à la suite duquel se montrèrent des signes de neurasthésie. L'année dernière, apparition d'une petite tumeur cervicale, qui augmente rapidement de volume. Il y a quelques jours, accès d'oppression, tirage et cornage.

Actuellement, tumeur ayant envahi toute la glande et présentant une consistance ligneuse, adhérente et immobile. Pas de compression nerveuse, pas de dysphagie ni de ganglions. Pas de tremblements ni de palpitations.

OBSERVATION 39

Cancer du corps thyroïde. — Thyroïdectomie. — Mort par pénétration d'air dans la jugulaire interne.

Françoise B..., 38 ans, couturière, de Macon, entrée au mois de septembre 1890, dans le service de M. Poncet.

Bonne santé antérieure. Pas de goitre ancien. Il y a quatre ans, à la suite d'une grossesse, apparition d'un goitre qui évolue d'abord avec une lenteur extrême. Depuis six mois, à la suite de violents chagrins, marche rapide. La tumeur a actuellement un volume énorme ; elle s'est développée surtout à droite. Rénitente et fluctuante en certains points. Deux grosses bosselures. Peau mobile et normale. Bruit de souffle.

Dyspnée, gêne et tiraillement.

M. Poncet extirpe la tumeur, très adhérente dans les parties profondes. Au moment où il procède à l'extirpation du lobe gauche ; sifflement et mort presque immédiate.

Autopsie. — Déchirure de la jugulaire interne. Cancer de la thyroïde.

OBSERVATION 40

Cancer de la thyroïde. — Forme médiane enkystée. — Inopérable.

D... Claude, 68 ans, cultivateur à Fontaines (Rhône), entrée à la clinique en avril 1898. Une sœur atteinte de goitre. Aucun

antécédent morbide personnel Vieux goitre, depuis l'âge de 14 ans.

Depuis l'âge de 54 ans, son goitre, jusque-là stationnaire, se mit à grossir. L'hiver dernier, à la suite de grandes émotions, l'évolution devient beaucoup plus rapide. Il y a un mois et demi, le malade se mit à cracher du sang. Depuis un mois, dysphagie ; depuis trois semaines, douleurs très vives dans le cou et la tête, depuis quinze jours, dyspnée, surtout dans le décubitus dorsal, et dysphonie. Amaigrissement considérable.

Grosse tumeur, occupant la ligne médiane, s'étend d'un sterno-cleïdo-mastoïdien à l'autre, et du cartilage thyroïde au sternum, qu'elle surplombe. Surface lisse et arrondie, peau tendue, sillonnée de veinules.

En arrière, on sent battre les vaisseaux qui sont à droite. Ganglions carotidiens nombreux, durs et petits.

A l'examen laryngoscopique, envahissement de la paroi pharyngo-laryngée.

Malade amaigri, jaune terreux. Dyspnée, cornage. Voix bitonale, dysphagie. On essaye d'alimenter le malade avec une sonde œsophagienne qui provoque un accès de suffocation et des hémoptysies. Lavements alimentaires. Le malade, inopérable, quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION 41

Cancer thyroïdien.

D..., 65 ans, Pouilly (Loire), cultivatrice, salle St-Anne, 1893.

Pas d'antécédents héréditaires. Il y a dix ans que le cou commença à grossir du côté droit. L'accroissement se continue lentement, progressivement, sans provoquer de phénomènes douloureux ni de gêne fonctionnelle. Il y a trois mois, la tumeur prit un accroissement considérable accompagnée de violentes douleurs dans l'oreille et dans la région occipitale. Actuellement, tumeur du volume d'une tête d'enfant de 7 ans, développée dans le lobe droit.

La surface en est irrégulièrement bosselée, rouge et tendue.

Toutes les saillies sont fluctuantes. Impossible de trouver le larynx et la trachée englobés dans la masse.

Pas de gêne de la respiration ni de la déglutition. Pas de troubles vocaux, ni pupillaires.

Etat général médiocre. Peau jaunâtre. Amaigrissement.

Pas de symp'tômes de généralisation. Inopérable.

OBSERVATION 42

Sarcome du corps thyroïde.

G... Marie, 26 ans, blanchisseuse, de Rozier-en-Donzy (Loire), entre dans le service de M. Poncet, au mois de décembre 1894.

Antécédents. — Sa mère et sa tante atteintes de goitre. Dans son pays les goitres sont fréquents. Enfance malade, adénites cervicales, deux bronchites légères.

Début. — Il y a quatre mois, au mois d'août, apparition dans le lobe gauche d'une tumeur qui s'accroît lentement jusqu'au mois de septembre. A la suite d'une amygdalite aiguë, accroissement rapide, essoufflement et dysphonie.

Signes physiques. — Tumeur du volume d'une petite orange, occupe la région antéro-latérale gauche du cou, peau mobile, pas d'élévation de la température locale, carotide refoulée, non englobée, déplacement vertical de la tumeur dans les mouvements de déglutition.

Déviation à droite du conduit laryngo-trachéal.

Pas de ganglions.

Signes fonctionnels. — Troubles respiratoires intenses, accès de suffocation. Dysphagie. Céphalée frontale. Parésie du bras droit. Pas d'exophtalmie ni de tachycardie.

La malade rentre chez elle avec une dysphagie telle que la déglutition des liquides eux-mêmes est très pénible.

OBSERVATION 43

L... Jean-Marie, 46 ans, cultivateur à Bessenay (Rhône), avril 1894.

Depuis 10 ans, petite tumeur dans le lobe droit. Il y a 6 semaines, apparition de ganglions carotidiens, qui deviennent rapidement volumineux. Déviation de la trachée. Dyspnée. Dysphagie. Violentes douleurs dans la nuque et le côté droit de la tête. Pas de température. Amaigrissement rapide. Perte des forces.

OBSERVATION 44

Cancer thyroïdien. — Amélioration par l'iodo-thyrine.

P... Jean, 70 ans, cultivateur, de la Haute-Loire, entre à la clinique le 6 avril 1898,

Antécédents. — Pas de goitre dans sa famille. Bonne santé habituelle. Pas de tuberculose ni de syphilis.

Début de l'affection. — Il y a cinq semaines, le malade commença à tousser et à cracher. Sa voix se modifia, et il s'aperçut qu'il était porteur d'une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, située sur la partie latérale gauche du cou. Peu à peu, la partie antérieure du cou fut envahie, de même que la droite. Dysphonie et, depuis 15 jours, douleurs irradiées dans l'oreille droite.

Signes physiques. — On sent, au-dessous des téguments, une cuirasse dure assez bien limitée à gauche et en arrière où elle est plus volumineuse qu'à droite, cette tumeur est mobile avec les mouvements de déglutition. Les limites sont peu précises. Elle subit, au dire du malade, des alternatives d'augmentation et de diminution. Ganglions petits et peu nombreux.

Examen laryngoscopique : cordes hypertrophiées et rouges, sans paralysie. Quelques jours après, on constate une diminution de cette rougeur.

Signes fonctionnels. — Douleur pendant la déglutition. Pas d'accès de suffocation. Pas de température.

Le malade est amélioré par l'iodo-thyrine et retourne chez lui.

OBSERVATION 45.

Cancer thyroïdien.

Joseph O..., 78 ans, cultivateur de la Haute-Savoie, entre à la clinique au mois de novembre 1895.

Aucune tare pathologique dans ses antécédents. A l'âge de 30 ans, apparition de noyaux thyroïdiens, qui s'accroissent plus vite depuis deux ans. Il y a trois mois, aggravation brusque, oppression.

Etat actuel : tumeur énorme, s'étendant à droite jusqu'à l'omoplate, et à gauche jusqu'à la carotide et immobilisant complètement la tête. Surface bosselée, dure en certains endroits et, en d'autres, fluctuante. Peau adhérente. La trachée est complètement masquée par la tumeur. Pas de ganglions.

Voix éteinte. Dyspnée. Le malade, très cyanosé, est dans un état désespéré. Inopérable, il quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION 46.

Cancer du corps thyroïde.

P... François, 60 ans, cultivateur à Belmont (Savoie), entre dans le service de M. Poncet, au mois de mars 1890.

Santé très robuste. Il y a 17 ans, apparition d'un goitre dans le lobe gauche du corps thyroïde. Son accroissement a été à peu près régulier, sans augmentation brusque. Cependant le lobe droit a été envahi, il y a peu de temps.

Actuellement, tumeur médiane du volume d'une grosse orange et deux tumeurs latérales plus petites. Pas de ganglions. Consistance uniformément dure. Dysphagie. Depuis quatre mois, dysphonie. La tumeur est trop étendue et adhérente, pour qu'on puisse l'extirper. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION 47.

(Due à l'obligeance de M. Tolot, interne des Hôpitaux.)

Cancer thyroïdien, développé sur un goitre ancien

Un homme de 40 ans entre salle Saint-Eucher (1899) dans le service de M. Mouisset, pour de violents accès de suffocation. Cyanose, dilatation des veines du cou, dyspnée intense, tumeur thyroïdienne énorme et très ancienne. Son augmentation de volume et les accidents actuels se sont produits avec une très grande rapidité. Pas de trachéotomie, saignée, etc. Le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve un goitre énorme qui occupe la région cervicale, et encore un lobe plongeant dans le thorax. La trachée est aplatie en lame de sabre. Pas de métastases viscérales. Examen histologique: épithéliome cylindrique, cellules dans des alvéoles très allongées, à parois minces, et se groupant par endroits en nids, au milieu desquels on aperçoit un peu de substance colloïde.

B. Cancer aigu — Cette forme, relativement fréquente, présente une gravité terrible, et tue les malades avec une extraordinaire rapidité.

Elle se développe de préférence sur les sujets âgés de 30 à 50 ans, porteurs d'un goitre antérieur, ou jusque là indemmes de toute lésion thyroïdienne. La tumeur grossit brusquement et devient douloureuse. En quelques jours, en quelques semaines, elle double et triple de volume, se diffuse dans toute la base du cou, en formant un plastron induré, ou bien une énorme masse dure et irrégulière qui s'accompagne presque immédiatement de troubles

respiratoires. La température s'élève, la cachexie fait son apparition, tandis que la dyspnée, prenant une place prépondérante, domine la scène et provoque les accidents ultimes.

La durée totale de cette forme rapide ne dépasse pas trois mois, et souvent son évolution est beaucoup plus courte. MM. Poncet et Rollet ont vu un malade, âgé de 35 ans, qui, trois semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'accidents d'oppression, vit bientôt sa tumeur thyroïdienne augmenter avec une vitesse telle qu'elle nécessita une intervention d'urgence. Le malade mourut avant qu'un mois ne fut écoulé depuis le début des accidents.

Cet aspect curieux du cancer thyroïdien demande à être bien connu, parce que son allure inflammatoire et rapide permet une confusion facile avec une thyroïdite ; Wolfler raconte qu'un jour Billroth incisa un sarcome, croyant avoir affaire à un phlegmon thyroïdien.

Beaucoup moins fréquente que les cancers à marche subaiguë, elle se développe sur des individus plus jeunes qui, pour la plupart, sont atteints depuis longtemps de goitre. L'accroissement de la tumeur se fait avec une rapidité foudroyante, les troubles respiratoires et les signes de généralisation sont précoces, et, d'une manière presque constante, on trouve, à l'autopsie, des noyaux secondaires nombreux, disséminés dans le poumon, le squelette, le foie, etc.

Les observations suivantes sont un exemple de

cancer thyroïdien suraigu, avec prédominance des phénomènes locaux, et mort par asphyxie.

OBSERVATION 48

(ROLLET. — *Gazette Médicale de Paris* 1888).

Cancer suraigu du corps thyroïde. — Evolution totale en un mois.

Un homme de 35 ans entre au mois de février 1888, dans le service de M. Lépine, pour des accidents d'asphyxie.

Bonne santé habituelle. Depuis son enfance, léger goitre siégeant dans le milieu du cou. Pas de goitre dans son pays, ni dans sa famille. Vers l'âge de 16 ans, quelques accès d'oppression légère.

Il y a trois semaines, il se mit à tousser beaucoup, et commença à éprouver un peu d'oppression et une certaine gêne au larynx. Il y a une quinzaine de jours, son goitre augmenta de volume, et l'oppression était de plus en plus vive.

Au moment de son entrée, l'oppression est très marquée, les veines jugulaires sont dilatées ; tirage. Voix étouffée et rauque. Cou volumineux ; à la partie moyenne, en avant de la trachée, on sent une masse plus dure, du volume d'un gros œuf. Température 39°.

La dyspnée devenant de plus en plus vive, le malade est amené dans le service de M. le professeur Poncet.

A ce moment les accidents d'asphyxie étaient d'une gravité extrême. La tumeur médiane était d'une grande mobilité, comme isolable facilement des lobes latéraux. Après une longue incision médiane, M. Poncet contourne la tumeur et l'isole, mais, à ce moment, l'asphyxie est complète.

M. Poncet transforme l'incision verticale en une incision cruciforme. La tumeur est alors soulevée avec le doigt, mais elle cède à la pression et donne issue à une matière abondante, molle et diffuente. Celle-ci est vidée rapidement et la trachéotomie est pratiquée à travers la paroi postérieure.

Le malade est ranimé, l'état général s'améliore pendant quel-

ques jours. Puis la dyspnée apparaît de nouveau. Accès de suffocation. Mort douze jours après l'opération.

Autopsie. — La tumeur s'étend du cartilage thyroïde à la crosse de l'aorte. Elle s'étend de chaque côté jusqu'aux artères carotides.

De chaque côté, cette tumeur a une coloration blanchâtre, ressemblant à de la laitance de poisson. Dans certains endroits existent des points jaunâtres ramollis. On incise la trachée et, sur la muqueuse, dans la partie latérale droite, ulcération jaunâtre de la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Quelques ganglions carotidiens dégénérés. A l'ouverture de la cage thoracique, adhérences nombreuses et épanchement dans la plèvre droite. Dans le poumon droit, une soixantaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille environ. A la partie antérieure et moyenne de ce même poumon, poche dure à contenu jaunâtre. A gauche, une vingtaine de noyaux. Congestion.

Deux noyaux dans le foie.

A l'examen histologique, sarcome de forme très maligne.

OBSERVATION 49

(PORTE. — Thèse de BERTRAND, IX.)

Cancer aigu de la thyroïde.

Il s'agit d'un homme de 51 ans, entré le 11 mai 1891, dans le service de M. Poncet, porteur, depuis 25 ans, d'un goitre du lobe latéral droit du corps thyroïde. Ce n'est que depuis trois mois, qu'il a remarqué à ce niveau, la formation de noyaux durs qui ont déterminé, par compression de la trachée, des troubles respiratoires.

A son entrée, le malade a la figure cyanosée, les veines du cou dilatées, cornage. Trois jours après, un peu de fièvre, la température oscille entre 39° et 39°5. Accès de suffocation. M. Jaboulay pratique la laryngotomie. Le malade est soulagé pendant une heure, mais les accidents de suffocation reparais-sent et il meurt trois jours après.

A l'autopsie, la tumeur descend jusqu'à un cent. au-dessus

de la bifurcation de la trachée qui est, elle-même, fortement déviée.

La tumeur a envahi la partie postérieure de la trachée, et c'est probablement par ces ulcérations qu'ont pu pénétrer les germes ayant amené la suppuration de certains points de la tumeur.

OBSERVATION 50

(Thèse de BERTRAND, observation XV.)

Cancer aigu du corps thyroïde.

Claude B..., 55 ans, tisseur à Marnand (Rhône), entre au mois d'avril 1893, dans le service de M. le professeur Poncet.

Depuis 30 ans, goitre qui n'a jamais occasionné aucune gêne. Depuis six semaines, augmentation de volume brusque et rapide. Actuellement, énorme tumeur dure et bosselée, développée dans le lobe droit du corps thyroïde. Peau violacée, amincie, ulcérée, recouvertes de squames et de croûtes noirâtres. Très nombreux ganglions durs dans les régions carotidiennes et sus-claviculaires. Dyspnée, dysphagie, violentes douleurs dans la tête. Mort dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, trachée entièrement recouverte par une tumeur énorme. La carotide primitive est englobée par la tumeur ; le nerf pneumo gastrique étant situé plus en dehors, n'est pas comprimé. Perforation de la trachée par les bourgeons néoplasiques. L'artère thyroïdienne inférieure et le récurrent droit, sont envahis par le cancer. Deux petits noyaux dans les poumons, ganglions bronchiques et médiastinaux. Les autres organes sont sains.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dor, montre qu'il s'agit d'un sarcome du corps thyroïde. Les noyaux pulmonaires ont une structure identique.

OBSERVATION 51

(E. ROLLET. — *Gaz. Méd. des Hôp. de Paris*, 1888 et thèse ORCEL, 1889.)

Cancer suraigu du corps thyroïde. — Evolution totale en dix-huit jours.

Un homme de 42 ans entre dans le service de M. le professeur Poncet, pour une tumeur de la région thyroïdienne.

Bonne santé antérieure. Petit goitre depuis quinze ans, qui augmente d'année en année, sans jamais causer de gêne respiratoire.

Il y a quinze jours, augmentation subite de la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, le 7 mai, on constate une tumeur énorme, occupant toute la région antérieure du cou. Cette tumeur est nettement bilobée. Le lobe médian descend jusqu'à la fourchette sternale, derrière laquelle il s'engage profondément. Les lobes latéraux recouvrent les régions carotidiennes des deux côtés. Réseau veineux développé. Aucune adhérence cutanée. Pas de douleurs. Quelques bosselures à la palpation. La tumeur a des adhérences profondes et il est impossible d'en limiter le contour.

Si on fait faire au malade un mouvement de déglutition, on voit la tumeur s'élever en masse avec le larynx. Accès de suffocation intenses. Tirage et cornage. Voix faible.

Le 8 mai, l'asphyxie étant imminente, M. Poncet jugea une intervention chirurgicale nécessaire. Pas d'anesthésie. Une longue incision est pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur, qui est incisée profondément. Il sort alors un liquide séro-sanguinolent, rempli de masses molles, grisâtres. M. Poncet incise alors la paroi postérieure de la poche et fait la trachéotomie. Une canule de 10 cent. est placée. Une heure après, hémorrhagie grave venant des branches de la thyroïdienne supérieure.

Le lendemain, syncope. Le malade meurt.

Autopsie. — La trachée est ramollie dans toute la région qui avoisine la tumeur, surtout à sa partie antérieure.

Au-dessous de l'isthme du corps thyroïde, elle est coudée à angle obtus et rétrécie brusquement.

La tumeur adhère intimement à la trachée. L'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne, le pneumogastrique et le grand sympathique sont recouverts par la tumeur, mais ne paraissent pas altérés.

La tumeur est d'une dureté considérable et a envahi tous les lobes de la glande. Elle entoure à peu près complètement la trachée. A la coupe, elle diffère suivant les différents points où on l'examine. En arrière, contre la trachée, et sur les côtés on trouve l'hypertrophie ancienne du corps thyroïde.

Dans la partie qui confine à la paroi antérieure de la trachée, la trachée a une structure lobulée.

Des masses blanchâtres sont engainées dans des loges de tissu fibreux, d'où on peut les énucléer.

Ganglions sur les côtés du cou.

Pas de noyaux dans les viscères, ni dans les os longs.

Au point de vue histologique, sarcome du corps thyroïde.

OBSERVATION 52

Cancer aigu suppuré de la thyroïde.

Mme G..., âgée de 38 ans, se présente dans le cabinet de M. le professeur Poncet, le 28 avril 1891.

Hypertrophie thyroïdienne légère datant de 10 ans, et n'ayant jamais occasionné de gêne à la malade. Depuis deux mois, augmentation de volume du cou et, dans ces derniers temps, accroissement de la tumeur surtout à droite. Depuis quinze ou vingt jours, douleurs lancinantes dans la région.

M. Poncet diagnostiqua, en tenant compte de la marche, des douleurs, des troubles fonctionnels, dysphagie, gêne de la respiration, etc., une suppuration dans un cancer encéphaloïde de la thyroïde.

A cause des douleurs extrêmement vives éprouvées par la malade, au niveau de ce foyer inflammatoire, M. Poncet pratiqua une incision de 6 à 8 centimètres sur la partie culminante

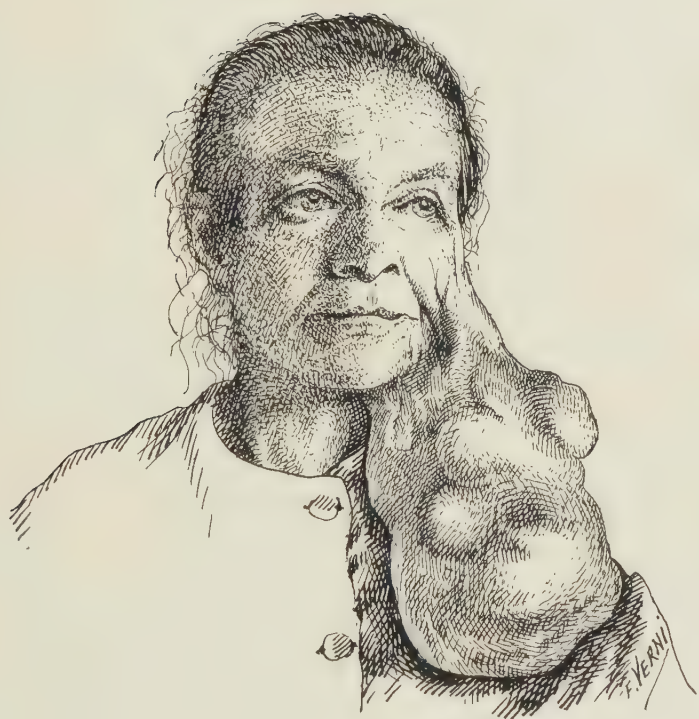


Fig. 5. — Goitre cancéreux.

Elimination des masses ramollies, diffuentes; ces masses encéphaloïdes sont infiltrées de pus.

A la suite de cette intervention, il y eut une détente, mais la tumeur continua sa marche aiguë, et la malade mourut le 2 mai, moins de trois mois après le moment où le goitre avait commencé à augmenter de volume.

OBSERVATION 53

Cancer thyroïdien à marche rapide.

François X..., curé de Saint-Maurice, vient consulter M. Rivière, au mois de juillet 1899, pour une volumineuse tumeur qui occupe la partie antéro-latérale droite du cou. Rien à noter dans ses antécédents. Pas de goitre antérieur. Le début de l'affection actuelle remonte à trois mois; on fit remarquer au malade qu'il était porteur d'une petite tumeur dont il ne s'était pas aperçu jusque-là. Le malade prétend qu'elle serait la suite d'une bronchite dont il souffre depuis trois ans environ. La respiration est difficile, embarrassée surtout la nuit: crises de suffocation et abondante expectoration muco-purulente.

A l'examen, la tumeur a le volume d'un œuf de pigeon, dur, globuleux, absolument indolore à la pression, suit les mouvements de déglutition. Jamais de douleurs. Cependant, le malade se fatigue assez vite en parlant, il ne peut plus chanter. Sa voix a perdu son timbre naturel, elle est rauque et voilée.

Deux ganglions en arrière. Amaigrissement et perte des forces

Le malade meurt quelques jours après son retour à Saint-Maurice.

OBSERVATION 54

(Thèse BERTRAND, Observation XIII.)

*Cancer aigu du corps thyroïde, Mort au bout
d'un mois et six jours.*

Etienne L..., 63 ans, cantonnier à Amplepuis, entré, en 1895, dans le service de M. Pollosson, pour une volumineuse tumeur thyroïdienne. Goitre ancien, datant de 40 ans.

Il y a un mois, accroissement rapide de ce goitre, qui triple de volume, douleurs dans la face. Depuis huit jours dysphagie et dysphonie, un peu de gêne de la respiration. Actuellement, homme cachectique, teint terreux, porte une volumineuse tumeur bosselée et dure, développée aux dépens des trois lobes. Peau intacte, prolongement retro-sternal. Un petit ganglion à la partie inférieure du lobe gauche. Peu de troubles respiratoires, dysphagie très prononcée. Voix éteinte. Affaiblissement et cachexie.

M. Pollosson pratique une exothyropexie, et quelques jours après, une trachéotomie. Trachéo-bronchite intense. Mort au bout de 6 jours.

Il s'agit, dans ces observations, de tumeurs volumineuses à développement rapide, avec phénomènes graves de compression et asphyxie terminale. Dans quelques circonstances exceptionnelles l'évolution du cancer suraigu prend un aspect plus insidieux. Les phénomènes locaux sont relégués au second plan et ce sont alors des signes d'intoxication générale : hyperthermie, amaigrissement, pertes des forces, cachexie, qui dominent la scène, épuisent le malade en quelques semaines et le tuent avant que la tumeur ait pu acquérir un

volume suffisant pour provoquer les accidents respiratoires signalés dans les observations précédentes. Voici un exemple de cette forme :

OBSERVATION 55

(RIVIÈRE).

*Cancer du corps thyroïde, à marche aiguë.
Mort de cachexie en deux mois.*

Mme X..., âgée de 49 ans, vient consulter le Dr Gonnet, le 1^{er} février 1895. Très bonne santé antérieure. Pas de goitre.

Depuis un mois, lassitude très prononcée, toux, céphalée fronto-pariétale droite continue, exacerbation nocturne. La voix est normale et la respiration facile. Quelques râles muqueux aux bases du poumon. T. : 38°

Le 10 février, un peu de changement dans le timbre de la voix. On observe alors un certain gonflement du corps thyroïde, plus marquée dans le lobe gauche où se découvre un petit noyau induré. Engorgement manifeste des ganglions sous-maxillaires. La température oscille entre 38° et 39°.

A partir du 25 février, le lobe gauche prend un développement de plus en plus marqué et refoule à droite le larynx et la trachée. L'état général est mauvais, toux, respiration difficile, dysphagie, voix modifiée dans son timbre,

Les ganglions sont très gros ; la fosse sus-claviculaire a disparu des deux côtés.

Le malade succombe le 12 mars, à la diminution progressive des forces, deux mois après le début des accidents.

C.— **Forme latente ou médicale.** — A côté des tumeurs à développement rapide qui envahissent les organes voisins, compriment la trachée, l'œsophage et les vaisseaux, il existe une forme beaucoup plus insidieuse, dont l'évolution ne s'entoure

pas de l'appareil éclatant du cancer chirurgical. Certaines conditions, inconnues encore, permettent au néoplasme de rester indéfiniment à la période de végétation intra-capsulaire dans une glande d'aspect à peu près normal, tandis que les cellules cancéreuses, entraînées dans les voies lymphatiques ou sanguines, vont se greffer dans les ganglions, le squelette ou les viscères. Cette variété de thyrocarcinose a donc comme caractère principal l'extrême bénignité locale des noyaux dégénérés, qui évoluent silencieusement dans la glande, sans augmenter son volume de manière appréciable, pendant que des métastases s'établissent dans les viscères et le squelette, donnant ainsi à l'affection les aspects les plus étranges et les plus imprévus. Aussi, n'est-il pas étonnant que cette forme soit restée inconnue pendant longtemps. Avant les observations de M. Bard, publiées dans les thèses d'Orcel, de Bertrand et de Gruïé, on connaissait déjà quelques cas, où les généralisations viscérales et squelettiques avaient été le premier et le seul symptôme du cancer. Dolléris, Mayor, Girandeaup, Letulle, en France, Hinterstoisser, Friedland, Middledorpf, à l'étranger, ont vu et décrit des cas analogues. Mais c'est à Lyon surtout, que cette étude de la forme latente du cancer thyroïdien a pu être faite, grâce à M. Bard, qui recherchait systématiquement les lésions du corps thyroïde chez les malades atteints de cancer généralisé, d'origine douteuse. Le diagnostic de cette forme médicale, très difficile, ne se fait souvent, de manière précise, qu'au moment de l'autopsie.

En effet, les malades se présentent dans un service de médecine en se plaignant de symptômes extrêmement variés, qui n'attirent pas l'attention du médecin sur le corps thyroïde. Il s'agit d'affection pulmonaire, de pleurésie d'allure un peu anormale d'hématuries et de tuméfaction lombaire qui font songer au cancer du rein, de signes de tumeur cérébrale, ou d'un néoplasme viscéral quelconque qui possède ici son allure clinique propre.

Si le corps thyroïde a son aspect habituel, on n'hésite pas à faire le diagnostic de néoplasme du rein, de tumeur du cerveau, d'ostéo-sarcome, etc.

L'analyse de ces observations de cancer latent, montre que, dans la plupart des cas, la glande thyroïde est modifiée dans son volume ou dans sa consistance.

Tantôt, le malade présente, depuis un grand nombre d'années, un goitre qui paraît cependant n'avoir subi aucune modification récente, tantôt il est possible de sentir au milieu d'un lobe un peu hypertrophié, un petit noyau plus dur. Parfois aussi, une légère augmentation de volume, survenant dans une tumeur ancienne, un peu de douleur, quelques troubles de compression peuvent aiguiller le médecin dans la bonne voie, mais ce sont des phénomènes de si mince importance à côté des désordres causés par les métastases, qu'ils passent presque complètement inaperçus. *Il en résulte que le cancer latent, soupçonné pendant la vie, ne peut être diagnostiqué de façon certaine qu'après la mort, et l'examen histologique.*

OBSERVATION 56

(Résumée.)

(MOUISSET, *in* thèse GRUIÉ.)

Cancer latent du corps thyroïde.

M. . . , Marie, 61 ans. Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Ste-Clotilde, le 18 mars 1899, décédée le 4 avril 1899.

Pas d'antécédents héréditaires. Excellente santé antérieure. Pas d'alcolisme, ni de syphilis, pas de rhumatisme.

En 1890, influenza pendant un mois.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux ans. A l'occasion de la mort de son mari, elle dut se surmener et eut des palpitations violentes, se trouva très oppressée et eut alors, pour la première fois, de l'œdème des jambes. Au bout de six mois, incomplètement remise, elle dut reprendre son travail. Ces accidents se reproduisirent au bout de cinq mois et ne disparurent jamais complètement depuis. Au mois de janvier dernier, elle aurait présenté un anasarque considérable pendant six semaines. Il y a trois semaines, les accidents aigus ont repris, et c'est pour eux qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Elle présente alors tous les signes objectifs de l'asystolie ; dyspnée, tirage, cyanose, etc.

Palpitations légères, vertiges et petits signes de brightisme. Les mictions sont très abondantes, les urines limpides ; disque épais d'albumine.

Depuis trois semaines, l'appétit est très diminué, et les digestions sont pénibles.

Le cœur bat dans le cinquième espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, révélant une légère hypertrophie. Choc énergique et léger frémissement à la palpation. A l'auscultation, battements forts et bruits un peu sourds, bien frappés, sans souffles. Pas de galop. Battements épigastriques très nets. Pouls à 96, mal senti, donnant l'impression d'un peu d'hypertension.

Aux poumons, signes d'emphysème, râles de bronchite nombreux.

Abdomen souple ; la région hépatique est douloureuse à la percussion et le foie semble congestionné. Œdème des jambes très marqué. Pas d'épanchements dans les séreuses.

Température à l'entrée : 38°.

L'état de la malade s'aggrave de plus en plus, malgré la caféine et la digitale, et elle meurt le 4 avril, après avoir présenté des signes de pleurésie à la base gauche.

Le diagnostic clinique était : artério-sclérose, néphrite, albuminurie. Bronchite aiguë récente, avec fièvre et dyspnée. Pleurésie aiguë ultime.

Autopsie le 5 avril 1899 — La plèvre gauche présente quelques adhérences. La plèvre droite est remplie dans toute sa hauteur par un exsudat gélatino-fibrineux atteignant jusqu'à 4 centimètres. Le poumon gauche (420 gr.) présente des lésions banales de bronchite. Le poumon droit (640 gr.) présente en outre, de la congestion, mais flotte sur l'eau.

Le cœur (320 gr.), tout en ayant une légère hypertrophie du ventricule gauche, n'offre en rien l'aspect du cœur de Traube ; pas de lésions orificielles ni valvulaires.

Le foie (940 gr.) et la rate (160 gr.) ne présentent rien à signaler.

Le rein gauche (220 gr.) est considérablement hypertrophié. Il a conservé sa forme générale, mais il présente extérieurement des lésions marquées de sclérose, aspect granuleux du parenchyme, kystes nombreux, adhérence assez nette de la capsule. A la coupe, mêmes lésions de sclérose, se manifestant par la présence de nombreuses cavités kystiques à la partie supérieure. L'une d'elles est plus déchiquetée que les autres, et a son fond rempli d'une substance presque caséeuse, très adhérente au parenchyme.

Le rein droit (100 gr.) est extrêmement atrophié. Extérieurement, signes nets de sclérose ; adhérences à la capsule ; kystes dont un très vaste à la partie supérieure. A la coupe, atrophie extrême et décoloration des deux substances ; toute la partie supérieure est formée par un kyste volumineux.

Les centres nerveux sont intacts.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot,

Il s'agit, à n'en pas douter, d'une belle généralisation de cancer du corps thyroïde. Les kystes n'ont en rien la constitution des kystes du rein ; ils sont tapissés par un épithélium cubique, et, à leur intérieur, est la substance colloïde prenant, au picro-carmin, la teinte jaune d'or typique.

OBSERVATION 57

(Résumée.)

(Thèse de GRUIÉ. — Observation XII.)

Cancer du corps thyroïde. — Pas de diagnostic fait pendant la vie.

Une femme âgée de 66 ans était soignée, en 1887, dans le service de M. Bard, pour des symptômes de catarrhe et emphyseme.

La dyspnée était permanente. Pas de troubles digestifs. Elle ne se plaignait pas de son cou, qui n'a jamais attiré l'attention pendant la vie. Amaigrissement considérable. OEdème des jambes. Température oscille entre 38° et 39°. Mort à la suite d'un accès de suffocation.

L'autopsie a d'abord été à peu près négative, et on ne constatait aux poumons que les signes de l'asphyxie ultime. L'absence de lésions suffisantes donna l'idée d'examiner le corps thyroïde, légèrement hypertrophié. On trouva alors un néoplasme adhérent au larynx, qui s'insinuait entre la trachée et l'œsophage qui ne présentent, d'ailleurs, aucune altération de leur surface interne.

Aucun foyer secondaire.

OBSERVATION 58

(Thèse de Gruié. Obs. XXI, très résumée)

*Cancer du rein droit. — Ganglions sus-claviculaires. —
Hématurie ; Myocardite interstitielle sans asystolie*

Il s'agit d'une femme de 64 ans, entrée en 1892, dans le service de M. Bard pour des crises de palpitations et d'étouffement

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Cependant, elle est atteinte depuis très longtemps d'un petit goitre, dont les dimensions ne se sont pas accrues ces derniers temps, et qui ne détermine pas de dyspnée. Hématuries, il y a quelques jours.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital on constate : dyspnée assez prononcée, bruits du cœur sourds et irréguliers, œdème des jambes, etc. Le côté droit du cou présente une saillie assez considérable. Paquet ganglionnaire assez volumineux dans la fosse sus-claviculaire gauche.

La pointe du cœur bat dans le 6^e espace. Souffle systolique, etc,

Quelques jours après, on découvre une tumeur rénale droite du volume du poing, puis hématurie.

L'affaiblissement et l'amaigrissement s'accroissent avec une grande rapidité et la malade meurt. A l'autopsie, la cavité abdominale est remplie par un épanchement sanguinolent. Le foie très volumineux, est le siège d'une infiltration cancéreuse totale en apparence.

Rate normale. Le rein droit est comme distendu par un noyau sphérique, inclus dans son épaisseur. A la coupe, on constate qu'il est complètement détruit par des noyaux néoplasiques. Au devant de la colonne, ganglions blanchâtres et assez durs. Les ganglions sus-claviculaires sont nettement cancéreux.

Les autres organes sont normaux.

Le corps thyroïde est augmenté de volume dans tous ses lobes. L'aspect du lobe droit, du lobe moyen et de la moitié

inférieure du lobe gauche est celui de la thyroïde saine. Par contre la moitié supérieure du lobe gauche présente l'aspect néoplasique. Il s'agit d'un nodule cancéreux primitif.

OBSERVATION 59

(Résumé. —Thèse d'Orcel)

Cancer latent du corps thyroïde

Il s'agissait d'une femme entrée dans le service de M. le professeur Tripier, le 14 novembre 1887, pour une fracture de cuisse à la partie moyenne datant d'une semaine. La malade, en descendant un escalier, avait fait un faux pas, et était tombée de sa hauteur.

Cette femme avait un mauvais état général et la cachexie fit penser à M. le professeur Tripier, qu'il s'agissait d'une fracture due à un noyau de généralisation d'une tumeur secondaire. La recherche de la tumeur primitive, resta négative. La malade succomba le 2 décembre 1887.

A l'autopsie, pas de consolidation ; dans l'épaisseur du fémur on trouve un petit noyau d'apparence néoplasique. Sur la moitié droite du sacrum, tuméfaction du volume d'un œuf environ.

L'examen histologique révéla des faits intéressants ; les pièces sont inscrites au laboratoire d'anatomie pathologique sous le numéro 286.

La tumeur du sacrum présente l'aspect d'une tumeur du corps thyroïde ; tubes épithéliaux pleins, les uns sans autres formations, les autres donnant naissance à des vésicules thyroïdiennes très nettes.

La tumeur, développée au foyer de la fracture du fémur, présente le même type.

En résumé, il s'agit de noyaux secondaires d'une tumeur maligne thyroïdienne.

OBSERVATION 60

(Thèse de GRUIÉ, Obs. XV).

Athéromasie. — Anévrysme de l'aorte sous-diaphragmatique. — Battement du trépied cœliaque avec souffle inconstant. — Etat cachectique sans phénomènes gastriques. — Pleurésie anormale de la base gauche.

Une femme de 71 ans, de Lyon, entre à l'hospice de l'Antiquaille au mois de juillet 1890. Excellente santé antérieure. Depuis l'âge de 20 ans, goitre qui est devenu peu à peu plus saillant, mais n'augmente pas de volume depuis plusieurs années. L'affection actuelle a débuté, il y a trois semaines par de petits frissons, une douleur vague du côté droit, et surtout une perte rapide des forces.

A l'examen du thorax, pleurésie de la base gauche. Frémissement et souffle au niveau de la région épigastrique. OEdème des jambes. Goitre volumineux de consistance molle.

A l'autopsie, les poumons sont sains. Estomac, foie et reins normaux. L'aorte est saine. Dans les deux plèvres, vaste épanchement.

Le corps thyroïde est très volumineux, il se laisse facilement énucléer. A la coupe, on rencontre des nodules cancéreux.

OBSERVATION 61

(Thèse de GRUIÉ, Obs, XVII)

(Résumée).

Pleurésie de la base droite. — Etat cachectique.

Un homme de 58 ans, entre à l'hospice de l'Antiquaille au mois de février 1894, pour des phénomènes pulmonaires. Le diagnostic clinique est : pleurésie de la base droite ; état cachectique ; arythmie légère ; pas d'asystolie.

A l'autopsie, on trouve un épanchement pleural hématique à droite, de nombreux noyaux cancéreux secondaires sur la plèvre et dans le parenchyme pulmonaire. A gauche, noyau néoplasique sur le péricarde. Il s'agit d'une généralisation de cancer du corps thyroïde, non diagnostiquée pendant la vie.

OBSERVATION 62

(Thèse de GRUIÉ, Obs. XVIII).

Cancer latent du corps thyroïde.

Il s'agissait d'une femme de 68 ans, entrée le 20 janvier 1898, pour des troubles intestinaux datant de six mois. Le diagnostic clinique était obstruction intestinale chronique, rétrécissement néoplasique. Tuberculose fibreuse ancienne. Hypertrophie du cœur droit. Phlébite fémorale gauche.

A l'autopsie, on trouva des bourgeons néoplasiques grisâtres sur les plèvres et sur les deux poumons.

Le foie présentait des noyaux blanc jaunâtre, faisant saillie, atteignant au maximum le volume d'une noix, manifestement secondaires.

Le corps thyroïde, augmenté de volume, présente des noyaux de diamètre variable, semblables à ceux du poumon et du foie.

DIAGNOSTIC

SOMMAIRE. — I. *S'agit-il d'une tumeur thyroïdienne?* — II. *Cette tumeur thyroïdienne est-elle un cancer?* — *Diagnostic avec le goitre simple, les thyroïdites aiguë et chronique, la tuberculose et la syphilis.* — III. *Quel est l'état de cette tumeur? Existe-t-il des métastases?*

Lorsqu'un individu présente une tumeur de la région thyroïdienne, il faut s'assurer, tout d'abord, qu'elle s'est développée aux dépens du corps thyroïde, et rechercher ensuite les caractères de malignité spéciale qui la séparent du goitre simple, des thyroïdites, de la tuberculose et de la syphilis. Il convient de terminer l'examen par l'analyse aussi exacte que possible, de l'état de la tumeur et de ses connexions avec les organes voisins, et par l'exploration des viscères qui sont le plus souvent le siège des métastases.

I. — S'AGIT-IL D'UNE TUMEUR THYROÏDIENNE ?

Cette première partie du diagnostic ne présente, le plus souvent, aucune difficulté. A la simple inspec-

tion, le siège de la tumeur, ses rapports intimes avec la trachée, la facilité avec laquelle elle suit les mouvements du larynx pendant la déglutition ne laissent pas de doute sur son origine thyroïdienne.

Parfois, cependant, lorsque le néoplasme a pris naissance dans l'un des lobes latéraux, et que des adhérences, le fixant aux organes voisins ou au squelette, l'empêchent de se mobiliser pendant la déglutition, il sera permis d'hésiter. L'interrogatoire du malade montre quel a été le point de la glande primitivement envahi, une palpation attentive renseigne sur les connexions de la tumeur et du conduit laryngo-trachéal, de telle sorte que le chirurgien possède bientôt des éléments suffisants pour établir un diagnostic ferme. Lorsque le cancer se développe dans un lobe aberrant et se trouve, soit dans le thorax, soit au niveau des parties latérales du cou, ses caractères deviennent moins nets.

Les *goitres intra-thoraciques* dont les thèses de Wührmann et de Reymann ont montré la fréquence, provoquent des troubles respiratoires intenses, des phénomènes de compression vasculaires et nerveux qui leur donnent l'aspect des tumeurs du médiastin ou du cancer de l'œsophage. Ces goitres existent à l'état de tumeurs isolées, ou en concomitance avec un goitre cervical et, dans ce dernier cas, on les reconnaîtra facilement. Lorsqu'un malade présente des signes graves de compression de son appareil respiratoire, des vaisseaux et des nerfs de la base du cou, que, d'autre part, on trouve une

tumeur cervicale, immobile, abaissant le larynx qu'elle a entraîné avec elle, et que la percussion du manubrium révèle une zone de matité anormale, il est facile d'attribuer aux accidents leur véritable cause, et de songer à une tumeur plongeante.

Si la tumeur thyroïdienne intra-thoracique est isolée, le diagnostic présente les plus sérieuses difficultés et, habituellement, on ne peut que soupçonner la vraie origine des symptômes, dont se plaint le malade. Dans la plupart des cas, il est impossible de reconnaître ces cancers primitifs intra-thoraciques. Voici un exemple, tiré des : « Remarques sur deux cents opérations de goitre », par Kopp. Un homme, âgé de 42 ans, présentait des troubles de la déglutition. On extirpe un gros goitre colloïde du lobe gauche, suspect cliniquement de carcinome, diagnostic infirmé par l'examen histologique. Les troubles persistent et le malade meurt, deux ans et demi après, de cachexie, présentant deux tumeurs osseuses énormes, sans traces de récidence locale. A l'autopsie, on trouve, dans le thorax, et tout à fait indépendante de la glande thyroïde, une petite tumeur d'apparence maligne, qui est un carcinome primitif d'un goitre aberrant intra-thoracique.

Dans les observations analogues, on fait le diagnostic de tumeur du médiastin, sans pouvoir la rattacher à une dégénérescence d'un lobe aberrant.

Les *goîtres malins aberrants de la région cervicale* peuvent être confondus avec des ganglions néoplasiques et tuberculeux et avec les épithéliomas branchiogènes.

Les tumeurs qui se développent sur les vestiges du canal thyroéglasse seront reconnues, grâce à leur siège et à la fréquence des thyroïdes aberrantes de cette région.

Lorsqu'elles sont placées loin de la ligne médiane, dans le voisinage de la région sous-maxillaire ou du paquet vasculo-nerveux, il est difficile de les distinguer des ganglions tuberculeux. Mais l'hésitation est de courte durée; bientôt leur allure devient telle que la confusion est impossible. Cependant cette erreur de diagnostic est parfois difficile à éviter: un homme de 42 ans, dont l'observation est rapportée par Brindel et Liaras, présentait, depuis un an et demi, dans la région sous-maxillaire gauche, deux tumeurs mesurant chacune le volume d'un gros œuf de poule; on fit le diagnostic d'adénite tuberculeuse. Au cours de l'intervention on s'aperçut qu'il s'agissait d'un goitre qui évolua ensuite comme un cancer.

Une jeune fille de 24 ans (1) avait été opérée, à la Clinique de la Charité, pour des glandes du cou que l'on considérait comme des ganglions tuberculeux. Ils possédaient, en réalité, la structure de l'adénopapillome thyroïdien. On trouva alors, dans la moitié droite du corps thyroïde, une nodosité ronde, grosse comme une cerise, qui fut extirpée et montre, à l'examen histologique, le type carcinomateux.

A cette époque, les tumeurs para-thyroïdiennes peuvent avoir aussi des symptômes identiques à

(1) BENNECKE. — *Berl. Klin. Woch.*, 1896.

ceux des épithéliomas branchiogènes et, en présence d'une masse néoplasique développée sur les parties latérales du cou, absolument indépendante du corps thyroïde et du conduit laryngo-trachéal, en rapport intime avec la gaine des vaisseaux, le chirurgien pensera plutôt à un épithéliome branchial qu'à un cancer thyroïdien. Cette forme de goitre malin est rare. Gussenbauer, Trèves, puis Berger en ont publié quelques cas. L'observation de Berger est un exemple typique.

Une femme de 26 ans présente une tumeur cancéreuse ulcérée du cou, qui s'étend du bord inférieur de la mâchoire à la clavicule et au sternum, d'une part, et d'autre part, de la ligne médiane antérieure à la nuque. En avant, se trouvent des ulcérations, par lesquelles se font des hémorrhagies qui mettent en danger les jours de la malade. Cette tumeur a mis six ans à se développer.

On pratique l'ablation de la tumeur, qui est absolument indépendante de la trachée, du larynx, de l'œsophage et du corps thyroïde. Il existe une fusion complète avec la jugulaire interne, la carotide et le pneumogastrique. Guérison. Au bout de 8 mois, absence de récurrence. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithéliome, développé probablement sur des débris épithéliaux para-thyroïdiens, situés dans le voisinage de la gaine vasculaire.

Cette tumeur est caractérisée par son indépendance de la glande et de la trachée, de même que par son adhérence intime avec les vaisseaux. Ces symptômes sont également ceux des épithélio-

mas branchiogènes, ou branchiomes malins (Veau), qui ne peuvent être distingués que par leur structure et leur origine. Il est donc impossible de différencier cliniquement l'épithéliome branchial du goitre aberrant cancéreux.

Mais les goitres malins aberrants se rencontrent rarement et, dans la plupart des cas, le diagnostic du siège thyroïdien de la tumeur ne présente aucune difficulté.

II. — CETTE TUMEUR THYROÏDIENNE EST-ELLE UN CANCER ?

Lorsque la nature thyroïdienne de la tumeur est bien déterminée, il faut rechercher les signes qui permettent de distinguer les néoplasmes malins du goitre et de la thyroïdite, et d'autres affections plus rares, la tuberculose et la syphilis.

1^o **Goitre.** — Lorsqu'on voit un individu, portant, sur la région antérieure du cou, une grosse tumeur bosselée recouverte d'une peau rougeâtre, respirer difficilement et se plaindre de gêne dans la déglutition et de douleurs irradiées dans la tête, lorsque la palpation révèle l'existence de chapelets ganglionnaires, il n'est pas difficile de faire le diagnostic de goitre cancéreux. Mais, à cette époque, ce diagnostic présente peu d'intérêt pratique, parce que, devant ces lésions trop avancées, le chirurgien est impuissant, et ne peut qu'assister, en spectateur inutile, à l'évolution mortelle de l'affection.



Fig. 6. — Cancer développé sur un goitre datant de l'âge de 14 ans
(femme de 31 ans).

C'est au début, qu'il importe, au plus haut degré, de savoir si la tumeur qui se développe est un goitre, sans danger pour le malade, ou bien une strume maligne qu'il faut extirper immédiatement, parce qu'à ce moment seul le traitement peut être suivi de succès. Les mauvais résultats donnés, jusqu'à ce jour, par la thérapeutique du cancer thyroïdien sont dus à l'incertitude du diagnostic précoce. Il est absolument nécessaire de dépister le néoplasme malin, au moment où il s'installe dans la glande, ou, au moins, à l'époque où il végète encore à l'intérieur de la capsule. Tous les chirurgiens, même les moins interventionnistes, s'accordent à dire que le traitement serait plus souvent efficace s'il était plus précoce, et que les récidives surviendraient plus rarement et d'une manière plus tardive, si l'on pouvait opérer à l'époque où le cancer est localisé encore dans la glande. Malheureusement, la première période est si insidieuse que médecins et malades se contentent pendant deux ou trois mois, de remèdes inutiles, croyant qu'il s'agit simplement d'une poussée légère dans un goitre bénin. Et le chirurgien ne voit le malade qu'au moment où le cancer, ayant franchi sa capsule, a pris une allure menaçante et a diffusé dans les régions voisines, ce qui rend illusoire et dangereuse toute tentative opératoire.

Il convient donc de distinguer le cancer du goitre bénin dès le commencement de son développement, avant la phase de végétation extra-capsulaire et d'envahissement des ganglions. Les éléments principaux du diagnostic sont l'âge du malade et la *rapi-*

dité de l'évolution. Les *douleurs irradiées*, l'*apparition de noyaux* dans la tumeur et de *ganglions* dans la région carotidienne sont aussi de bons signes mais plus inconstants et parfois trop tardifs.

Le goitre bénin est une affection des deux premiers tiers de la vie. Il prend naissance ou augmente de volume au moment de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement et de la ménopause et, à l'occasion des efforts et de toutes les causes de congestion thyroïdienne. A partir de la cinquantième année, époque de la ménopause chez la femme, il reste ordinairement stationnaire.

Toutes les fois que, chez un sujet âgé, on voit une tumeur thyroïdienne apparaître, ou un vieux goitre sortir de sa torpeur pour augmenter rapidement de volume, il faut soupçonner immédiatement une dégénérescence maligne. Plus le malade est vieux, plus probable est le diagnostic. L'opinion de M. Poncet est qu'une tumeur à accroissement brusque, chez un individu placé en dehors de la période génitale et des causes habituelles de la production du goitre, doit être considérée comme suspecte, et traitée comme telle.

La brusquerie et la rapidité de l'augmentation de volume, à la suite de la grossesse, de la ménopause, ou d'une infection quelconque, l'apparition précoce de phénomènes de compression et de douleurs irradiées dans la tête et dans le cou sont de graves symptômes, et si quelques ganglions se développent en arrière du lobe atteint, le diagnostic est assuré, et il faut agir sans tarder. Le meilleur signe consiste

dans l'accroissement rapide d'un goître ancien ou récent, chez un sujet âgé. A la vérité, il ne donne pas une certitude absolue, mais nous avons constaté que, dans la majorité des cas, il est suffisant. « Tout « goitre, écrit Kocher (1), qui, chez un malade d'un « certain âge commence à augmenter de volume et « de consistance est suspect de malignité, qu'il « existe, ou non, des symptômes subjectifs : dysphagie, dyspnée, etc ».

A cause de l'apparition d'un goître chez une femme de 56 ans, des douleurs irradiées dans la tête et dans le cou, de la venue rapide de la dyspnée, on avait porté le diagnostic de cancer thyroïdien. Puis, au cours de l'opération, la constatation d'un goitre kystique, l'apparence très bénigne de la tumeur firent qu'on se contenta d'une énucléation massive. Cependant, l'examen histologique, et surtout l'évolution ultérieure et la récurrence montrèrent qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne, dont les signes étaient discrets parce que le néoplasme se trouvait encore à la période de végétation intracapsulaire.

Chez les jeunes sujets, aucun signe ne permet de différencier le goitre bénin du cancer au début de son évolution. Lorsqu'on lit les observations de Brindel et Liaras et celle du jeune malade, opéré par M. Pollosson, on se rend bien compte de l'impossibilité du diagnostic. La tumeur est indépendante

(1) KOCHER. — Réunion générale des médecins suisses, *Semaine Médicale*, 1898.

des tissus voisins et roule dans le tissu cellulaire du cou; il n'y a pas d'adénopathie, pas de douleurs spontanées, ni d'altération de l'état général, ni de refoulement des organes voisins. Son évolution, pendant ce premier stade, paraît fort lente, et absolument identique à celle du goitre simple.

L'augmentation rapide que subit un goitre simple à la suite d'une *hémorrhagie intra-kystique* est parfois d'une appréciation difficile.

Un goitre kystique, stationnaire ou en évolution lente, devient brusquement volumineux. On pourrait croire à l'invasion d'un cancer, si la courte durée de l'accroissement et son origine, nettement congestive, ne permettaient pas de rattacher bientôt les accidents à leur véritable cause.

Lorsque la tumeur thyroïdienne volumineuse et adhérente comprime la trachée et les nerfs, trouble la respiration et la phonation, et prend, en un mot, l'aspect classique du goitre malin, il semble que le diagnostic soit entièrement assuré. Il en est ainsi, en réalité, à condition cependant de le différencier de la thyroïdite, de la tuberculose et de la syphilis.

2^e Thyroïdite. — Il existe deux formes de thyroïdite : la thyroïdite aiguë et la thyroïdite chronique.

La première ressemble au cancer à marche rapide, avec laquelle elle a été parfois confondue; la seconde présente les mêmes signes que le goitre malin à évolution subaiguë.

a). *Thyroïdite aiguë.* — « Nous n'insisterons pas,

écrit Coulon, sur le diagnostic du cancer thyroïdien, avec la thyroïdite aiguë. Par ses douleurs, par la tension de la peau, l'affection inflammatoire saute aux yeux et, d'ailleurs, un interrogatoire bien dirigé lèverait tous les doutes ».

C'est évident dans les cancers typiques, mais lorsqu'il s'agit de cancer à marche aiguë, le chirurgien sera, dans certains cas, très embarrassé pour formuler un diagnostic.

La thyroïdite, de même que le cancer, se développe volontiers sur un goitre ancien ; l'aspect et la consistance du cou sont presque identiques, la température est élevée dans les deux cas, de telle sorte qu'il faut analyser minutieusement les symptômes pour arriver à distinguer, l'une de l'autre, ces affections.

L'âge du malade est un renseignement précieux ; le cancer se développe vers 40 ou 60 ans, sans cause appréciable, tandis que la thyroïdite se montre sur des sujets plus jeunes, et souvent à la suite d'une infection. Le début est net, brusque, marqué parfois par un frisson ; la température s'élève, les douleurs apparaissent. La peau, intacte au début et mobile sur les parties profondes, ne tarde pas à rougir, puis devient violacée, livide, contracte des adhérences, s'amincit et se perfore pour donner issue au pus. En même temps, il y a de l'empâtement et de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. La tuméfaction est de consistance dure, lisse et régulière et, au moment de la suppuration, la surface devient fluctuante et dépressible en certains points. Mais, si l'affection a

une marche subaiguë, la rougeur et la fluctuation ne se montrent qu'à une époque très tardive, pendant que se produisent, d'autre part, des phénomènes de compression. La résolution arrive quelquefois de manière spontanée, mais la suppuration avec migration du pus vers la peau, les voies aériennes, l'œsophage est la terminaison la plus habituelle.

Cette allure clinique ressemble donc à celle du cancer à marche aiguë, qui se manifeste par une augmentation rapide de la glande thyroïde, des douleurs, de la fièvre, de la rougeur, de l'empâtement des téguments et une évolution très rapide. Mais cette forme de cancer est rare, son allure est habituellement moins inflammatoire que celle de la thyroïdite aiguë et le diagnostic différentiel est alors possible. Cependant, lorsque, dans une thyroïdite, la suppuration s'établit lentement, lorsque n'existe pas la notion étiologique importante d'une maladie générale antérieure au début des accidents, l'aspect du malade est exactement semblable à celui d'un cancéreux thyroïdien, comme le prouvent, d'ailleurs, les erreurs de diagnostic, faites jusqu'à présent.

Si le chirurgien se trouve en présence d'un cancer suppuré, le diagnostic est plus difficile encore. Le malade porte, dans la région cervicale, une grosse tumeur fluctuante, d'aspect inflammatoire, les téguments sont empâtés, et gênent l'exploration des organes profonds, la température est élevée. L'examen attentif des antécédents et du mode de début de l'affection, l'état cachectique du malade peuvent faire soupçonner qu'un néoplasme

malin se cache sous cet appareil inflammatoire. D'ailleurs, à la suite de l'évacuation du pus par une incision, on voit la convalescence survenir rapidement, s'il s'agit d'une thyroïdite simple. Dans le cas de cancer suppuré, il se produit une légère amélioration momentanée, chute de la température, disparition de quelques symptômes fonctionnels. Lorsque l'œdème a disparu, l'exploration, plus facile permet de sentir les chaînes ganglionnaires envahies et la surface irrégulière de la tumeur; puis les troubles fonctionnels s'aggravent de nouveau et la véritable nature de l'affection est reconnue alors sans difficulté.

b). *Thyroïdite chronique*. — Les difficultés de diagnostic augmentent beaucoup avec la seconde forme, qui a été décrite par Riedel et Cordua au 25^e Congrès des chirurgiens allemands, sous le nom de thyroïdite à forme ligneuse, et que Tailhefer, à l'occasion d'un nouveau cas, qualifie d'inflammation primitive cancéroforme de la glande thyroïde.

Il s'agit d'une forme spéciale d'inflammation qui aboutit à la formation d'une tumeur adhérente aux parties voisines, à la trachée et aux gros vaisseaux du cou, d'une dureté telle que Riedel la compare à celle du fer, et respectant la peau qui est saine. Des phénomènes de compression apparaissent rapidement, et la durée de l'évolution totale varie de deux mois à un an et demi. Elle se produit chez des individus jeunes, des hommes, le plus souvent, qui habitent des régions goitrigènes

et même appartiennent à des familles de goitreux. L'observation suivante, de Tailhefer donne, une idée de cette affection.

Homme de 30 ans, boucher, né et domicilié dans un village où il y a quelques goitreux. Pas d'antécédents. Il y a trois mois, il devint aphone et vit apparaître une tuméfaction thyroïdienne, non douloureuse et non gênante. Jeannel constata alors l'existence d'une tuméfaction mal délimitée, très dure, non douloureuse, non adhérente à la peau. Le larynx était un peu dévié à droite. Pas d'adénopathie. Etat général excellent. Jeannel pensa à un cancer thyroïdien et tenta l'extirpation. La néoplasie partait du lobe gauche de la thyroïde, envahissait la gaine vasculaire gauche et l'accompagnait jusqu'à la base du crâne. Il était impossible de dépasser la limite supérieure de cette tumeur. L'intervention se borna à l'excision d'une petite partie du néoplasme. Quelques jours après, hémorragie par la carotide primitive qu'il est possible d'arrêter avec un clamp qui saisit tout le paquet vasculo-nerveux. Aphasie et hémiplégie droite. Suppuration de l'œil gauche.

L'examen histologique nous a démontré que la néoplasie était constituée par du tissu conjonctif normal en petite quantité, du tissu fibreux en abondance, et quelques nids de cellules inflammatoires. Aucune vésicule thyroïdienne. Vaisseaux peu abondants et normaux.

D'après cette observation, on comprend combien il est difficile de ne pas prendre pour un néoplasme malin, cette inflammation cancéroforme, malgré les signes différentiels donnés par M. Tailhefer, qui, utiles dans beaucoup de cas, sont cependant loin d'entraîner une certitude absolue. Thyroïdite chronique et cancer infiltrant d'égale façon les organes du cou et adhèrent aux vaisseaux, mais tandis que la thyroïdite est indolore et ne retentit pas sur l'état général, le cancer thyroïdien, arrivé à cette période

envoie des métastases et cause la cachexie. Malheureusement, les choses se passent de manière moins schématique, et nous avons vu des malades supporter facilement des cancers infiltrés dans le cou, sans retentissement notable sur l'état général et sans généralisation squelettique ni viscérale. Ce diagnostic est donc d'une extrême difficulté, et souvent complètement impossible. M. Jaboulay a observé une malade dont la tumeur présentait un aspect identique à celui d'un cancer thyroïdien. Il fit une exothyropexie, rendue nécessaire par des phénomènes de compression. Or, contre toute attente, la tumeur rétrocéda et la malade guérit. Il s'agissait évidemment d'une inflammation chronique, mais l'évolution seule a pu établir le diagnostic.

Il existe donc une variété spéciale d'infection répondant à ce type de thyroïdite ligneuse et analogue, par exemple, au phlegmon ligneux du cou de Reclus, mais elle doit être très rare, et ce groupe sera peut-être démembré un jour au profit des cancers, et surtout de la syphilis et de la tuberculose thyroïdienne.

3^e Tuberculose thyroïdienne. — Les symptômes de la tuberculose primitive du corps thyroïde ressemblent si exactement à ceux du cancer que jamais, à notre connaissance, ce diagnostic n'a été posé. Tous les cas de tuberculose ont été pris pour du cancer et opérés comme tels; ensuite seulement, leur véritable nature a été reconnue.

La connaissance du goitre tuberculeux date d'une

époque récente, Les traités classiques français y consacrent à peine quelques lignes et, cependant, les travaux de Bruns et de Frænkel, en Allemagne, l'observation de Schwartz en France, montrent la réalité de cette affection.

Il existe trois formes de tuberculose du corps thyroïde :

a) *La tuberculose miliaire*. — Dans la tuberculose miliaire généralisée, le corps thyroïde est un des organes le plus fréquemment atteints. Frænkel en cite un bel exemple chez une fillette de 11 ans. C'est une forme qui ne nous intéresse pas.

b) *Noyaux caséeux isolés*.

c) *Goitre tuberculeux*. — C'est une affection beaucoup plus rare et qui se présente avec des symptômes tels, qu'elle a toujours été confondue avec le cancer thyroïdien. Nous donnons comme types les observations résumées des cas de Bruns, de Schwartz et de Frænkel.

Un homme de 41 ans était atteint d'une tumeur dont l'aspect, la forme, l'évolution avaient les caractères d'une tumeur maligne. On en fit l'extirpation. Le malade guérit. L'examen histologique de la tumeur et des ganglions du cou montra qu'il s'agissait, sans aucun doute, d'une tuberculose primitive (Bruns) (1).

(1) BRUNS. — Tuberculose du corps thyroïde. Beitrage für Klin. Chir., 1893.

Tuméfaction du corps thyroïde, développée depuis six semaines. Paralysie de la corde vocale droite. Inégalité pupillaire. On pouvait croire à un cancer. L'incision laissa couler du pus, stérile en culture, mais qui rendit tuberculeux les cobayes inoculés (Schwartz) (1).

Une femme de 55 ans souffrait depuis quatre mois de dyspnée, d'enrouement, de dysphagie avec tuméfaction du cou. Diagnostic : Cancer du corps thyroïde. Extirpation. Le malade ayant succombé à une suppuration du médiastin, on reconnut que la glande renfermait de nombreux foyers caséeux. Le microscope montra qu'il s'agissait de tuberculose. Dans le poumon, quelques rares granulations tuberculeuses (Frænkel) (2).

Les symptômes et l'évolution de ce goitre tuberculeux ne permettent donc pas de le différencier du goitre cancéreux. Il est possible, cependant, de soupçonner son existence, lorsque l'examen du malade a révélé la présence d'antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels, ou bien de lésions viscérales de même nature.

D'ailleurs, dans les cas douteux, lorsque les renseignements donnés par l'étude du malade sont insuffisants, on peut, après incision d'un abcès ou d'un foyer caséeux, se rendre compte, d'une façon directe, de la nature exacte de ces productions. La

(1) SCHWARTZ. — Abcès tuberculeux du corps thyroïde (*Arch. de Laryngologie*, 1894).

(2) FRÆNKEL. — Tuberculose du corps thyroïde (*Berlin, Klin. Wochen.*, 1897).

tuberculose du corps thyroïde deviendra plus fréquente lorsqu'on la connaîtra mieux et, à ce moment on trouvera, sans doute, les éléments d'un diagnostic différentiel que les observations, trop rares jusqu'à présent, ne peuvent nous fournir.

4^o Syphilis du corps thyroïde. — La syphilis du corps thyroïde est si rarement observée que, dans le traité de Le Dentu et Delbet, Lyot, après avoir cité les observations de gommes de la glande thyroïde, trouvées par Demme chez des enfants atteints de syphilis héréditaire, écrit que l'existence même de la syphilis acquise paraît douteuse. Ewald (*in* « Specielle Pathologie und Therapie ») rapporte un seul cas, de Frænkel, de néoplasie syphilitique dans une glande thyroïde d'adulte, et conclut à l'immunité de cette glande pour le virus syphilitique.

Cependant, cette localisation existe si bien que des chirurgiens ont pratiqué parfois de larges extirpations de goitres soi-disant cancéreux, et qui n'étaient que syphilitiques. C'est pour cette raison qu'il faut essayer de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections.

La syphilis thyroïdienne se présente sous-deux formes différentes, la thyroïdite interstitielle et les gommes qui se montrent, soit dans la syphilis congénitale, soit dans la syphilis acquise. Ces lésions se traduisent par des symptômes absolument analogues à ceux du cancer thyroïdien, de telle sorte qu'en l'absence d'antécédents spécifiques avoués

par le malade, ou de signes concomitants de syphilis, le diagnostic de strume maligne s'impose d'une façon presque inévitable. Lorsqu'on lit l'observation suivante, publiée par Hultl, on acquiert la conviction que, dans les cas du même type, la distinction est presque impossible.

Syphilis thyroïdienne.

(HULTL, *Société hongroise de Laryngologie*, 27 octobre 1898).

Un homme de 68 ans, entre à l'hôpital Saint-Roch, en 1897, avec une tumeur thyroïdienne. Il ne se souvient pas d'avoir contracté la syphilis. Sur huit enfants, deux vivants ; les autres sont morts entre 2 et 3 ans, à la suite de maladies infantiles.

La dyspnée apparut en 1894. Deux ans plus tard survinrent des troubles de la déglutition.

Le malade se plaint de raucité et de troubles de la déglutition. La glande thyroïde a la dimension d'une petite pomme, le lobe droit est consistant, un peu hypertrophié. Dans le lobe gauche, plus petit, nodule de la dimension d'une noisette, bosselé, circonscrit, résistant.

Respiration libre. Ulcération à bords déchiquetés sur la corde vocale droite.

Diagnostic . cancer du larynx et goitre malin. Le malade, repoussant toute intervention, quitte le service au bout de cinq jours.

Trois mois après, on l'apporta à l'hôpital sur le point d'étouffer. Le goitre était gros comme deux poings. Trachéotomie d'urgence.

Par une incision de huit centimètres sur la ligne médiane, on atteignit la glande, mais on ne put dégager son bord inférieur. Ouverture du corps thyroïde avec le Paquelin pour aborder la trachée. Tamponnement de la plèvre à la gaze iodoformée.

Au début, bronchite avec élévation de température ; puis au bout de 10 jours, on remarqua des granulations sur la plaie. A l'examen histologique, on reconnut du cancer.

Toutefois, on soumit le malade au traitement ioduré, et le goitre disparut totalement en trois mois.

Nous devons donc admettre l'existence d'une thyroïdite interstitielle développée à la suite d'une gomme. Le malade quitte l'hôpital le 24 août 1898 ; il revint le 24 septembre, se plaignant de tumeurs douloureuses dans la gorge. Nouvelle cure iodurée qui le rétablit en trois semaines.

Les observations suivantes de Küttner montrent que, dans certains cas, on peut soupçonner la syphilis.

Syphilis thyroïdienne.

(KÜTTNER, 27^e Congrès allemand de Chirurgie).

Une femme de 39 ans, avait un goitre très léger, datant de sa jeunesse, mais ayant récemment et rapidement acquis le volume du poing, occasionnant de la douleur, de la dyspnée et de la paralysie des récurrents.

On porta le diagnostic de goitre malin et on en fit facilement, d'ailleurs, l'extirpation, ainsi que des ganglions voisins, qui étaient tuméfiés. L'examen histologique montra qu'ils s'agissait d'une dégénérescence fibreuse du parenchyme, avec cellules géantes et foyers caséux très concrets.

L'absence complète de bacilles tuberculeux fit alors songer à une gomme syphilitique du corps thyroïde ; d'ailleurs les antécédents de la malade, éruption à l'âge de 18 ans et accouchement deux ans après d'un enfant mort et macéré, plaidaient également pour ce diagnostic. En effet, cinq mois plus tard, la malade présenta des syphilides bucco-pharyngées qui disparurent avec le traitement ioduré.

II. — Jeune homme de 27 ans, syphilitique. Depuis quelque temps, il présentait un goitre léger, mais, depuis quinze jours, celui-ci avait pris de telles proportions que le malade fut amené à la clinique de Bruns tout cyanosé et dyspnéique. On constata une tumeur dure, du volume du poing dans le lobe droit du corps thyroïde, avec prolongement rétro-sternal, la

trachée était déviée à gauche, un des récurrents paralysé. On porta le diagnostic de goitre malin et on tenta l'extirpation. Comme dans le cas précédent, on fut frappé de l'aspect lardacé du tissu cellulaire avoisinant : la tumeur étant adhérente aux muscles et à toutes les parties voisines, on dut renoncer à l'extirper et on se contenta de faire une trachéotomie. Dans un petit fragment excisé, on trouva de la sclérose interstitielle, des foyers de cellules embryonnaires et des proliférations dans les vaisseaux. Le malade fut mis à l'iodure à haute dose ; dix jours après on enlevait la canule ; trois semaines plus tard toute tuméfaction avait disparu et maintenant la guérison est complète.

Mais le diagnostic n'est possible que lorsqu'il existe des antécédents syphilitiques nets.

Syphilis de la glande thyroïde.

(BRUCE-CLARKE, *The Lancet*, 14 août 1897).

Une femme, âgée de 38 ans, soignée antérieurement pour la syphilis, entre à l'hôpital avec fièvre et dyspnée, gonflement cylindrique dur, s'étendant de l'os hyoïde au sommet du sternum. La partie supérieure offre le type d'un ulcère gommeux. On administre iodure de potassium. OEdème laryngien. Laryngo-trachéotomie, pour laquelle il fallut pénétrer à une profondeur d'un pouce à travers une matière gommeuse dure occupant l'isthme. Guérison.

On voit donc, d'après ces exemples, combien grande est la ressemblance entre cette catégorie de goitre et les cancers thyroïdiens, ce qui permet de croire que la rareté extrême de ces localisations syphilitiques est due à notre ignorance de leurs symptômes différentiels. Si, à l'avenir, on analyse de manière plus rigoureuse les cas étiquetés sous le

titre de goitre malin, ou de thyroïdite chronique, on trouvera, sans doute, un bien plus grand nombre de glandes atteintes de lésions syphilitiques,

Quels sont donc les signes qui autorisent cette distinction ? Assurément. le diagnostic clinique ne peut être établi, que s'il existe des antécédents spécifiques ou d'autres accidents de même nature. Dans le cas contraire, il n'est possible de songer logiquement qu'à un cancer thyroïdien. Cependant, la syphilis paraît avoir quelques caractères particuliers. Küttner écrit que, lorsque la glande est envahie complètement, des accidents de cachexie strumipriva apparaissent. Or, le myxœdémie ne se produit jamais dans le cancer, quelle que soit son étendue. Pendant l'opération, l'attention du chirurgien peut être éveillée par l'aspect lardacé du tissu cellulaire entourant la tumeur, et encore on attribuera souvent ce caractère à l'envahissement des plans cellulaires par le cancer lui-même.

Le meilleur procédé consiste à essayer le traitement spécifique, lorsque, pour des motifs quelconques, on a lieu de soupçonner l'existence de la syphilis, comme a fait Hultl pour son malade. Et, malgré ces essais de diagnostic différentiel, à cause de leur grande similitude d'allure, syphilis et cancer thyroïdien seront, la plupart du temps, confondus encore.

III. — QUEL EST L'ÉTAT DE LA TUMEUR ? EXISTE-T-IL
DES MÉTASTASES ?

Il faut savoir d'abord si le cancer est encapsulé ou non et, sur ce point, on est vite renseigné par la palpation de la tumeur et par l'étude des signes de compression.

Un *néoplasme encapsulé* se présente avec l'aspect habituel du goitre bénin : c'est une tumeur lisse, arrondie, de consistance parfois inégale, qui accompagne la trachée et le larynx dans les mouvements de déglutition et qui est recouverte par une peau saine. Les vaisseaux battent librement sur sa face postérieure et il existe, du côté de la trachée et de l'œsophage, des signes de compression identiques à ceux que provoquent l'adénome simple.

Il est nécessaire de savoir aussi s'il s'agit d'une *dégénérescence en masse de toute la glande thyroïde, ou bien de la transformation maligne d'un kyste, distinction qui a une importance extrême au point de vue du pronostic et du traitement*. L'envahissement complet se traduit par une hypertrophie totale du corps thyroïde, dont les deux lobes se développent de façon presque symétrique et présentent une consistance homogène, sans noyaux indurés. Cette forme est d'une gravité redoutable et le traitement tout à fait inutile, à moins de faire une thyroïdectomie totale. La dégénérescence partielle d'un lobe est beaucoup plus fréquente ; on voit alors, un des côtés de la glande augmenter de volume, la

palpation fait sentir une masse dure et irrégulière, et le cou prend un aspect asymétrique. On peut alors, par une opération partielle, enlever tout le mal, à condition, bien entendu, que la tumeur soit encore au stade de végétation intra-capsulaire, et il est permis d'espérer une survie prolongée et parfois une guérison définitive.

La période de végétation extra-capsulaire est signalée par des phénomènes facilement reconnaissables. La palpation montre que la tumeur a diffusé dans les espaces inter-organiques du cou, la peau glisse mal sur les plans profonds, et la masse néoplasique se déplace péniblement, ou reste même absolument immobile pendant les mouvements de déglutition.

L'examen du larynx et de la trachée ne doit jamais être négligé, car il permet d'apercevoir parfois, dans la région sous-glottique, des bourgeons rougeâtres qui ont franchi le paroi trachéale et font saillie dans la lumière du conduit.

En effet, la tumeur peut être encapsulée sur une grande partie de son étendue, tandis que, en un point limité, elle a envoyé un prolongement soit dans la trachée, ou l'œsophage, soit autour des vaisseaux et des nerfs. Il faut donc s'enquérir de la manière dont se fait la déglutition, explorer la partie postérieure de la tumeur et y rechercher les battements de la carotide, se renseigner sur l'état des nerfs récurrents et grand sympathique, et enfin palper soigneusement les régions carotidienne, sus et

sous-claviculaires, et axillaires, pour se rendre compte de l'état des ganglions.

Cette partie du diagnostic ne présente donc aucune espèce de difficulté. Toutes les fois que le cancer thyroïdien a son aspect classique, la capsule est franchie, les organes voisins sont envahis et il suffit de chercher le siège et l'étendue des prolongements. Quant au cancer encapsulé, il est rarement diagnostiqué de façon ferme : c'est un goitre suspect de malignité.

Quel que soit l'état des lésions locales, on peut toujours trouver des métastases, qui se produisent, d'autant plus volontiers, il est vrai, que le cancer est à une période plus avancée de son évolution.

On doit donc examiner de façon systématique, tous les organes d'un individu en puissance de cancer thyroïdien, et surtout le poumon, le foie et le squelette. Ces métastases ont une allure tellement insidieuse, qu'elles végètent pendant longtemps au sein d'un organe, sans que celui-ci réagisse de façon appréciable.

Lés métastases pulmonaires provoquent souvent de légères hémoptysies et l'exploration attentive du poumon permet de les localiser. De même l'apparition d'une pleurésie, d'aspect un peu anormal, avec du liquide hématique, indique l'existence de noyaux pleuraux.

L'exploration du squelette doit toujours être pratiquée. Quand aux métastases dans les autres organes, il faut en rechercher avec soin les signes révélateurs, en sachant bien, cependant, que ces signes

souvent n'existent pas et que l'autopsie seule permet l'appréciation exacte du nombre et du siège des généralisations.

En résumé, le goitre cancéreux, arrivé à sa période d'état, possède des caractères assez nets pour être facilement reconnu. Il est indispensable de le diagnostiquer de manière plus précoce, au moment de son installation dans la glande, à l'époque où le traitement peut encore être efficace. Il n'existe pas alors de signe certain, mais on doit considérer comme suspect de malignité tout goitre qui, chez un individu d'un certain âge, commence à augmenter de volume et de consistance, qu'il existe ou non des symptômes subjectifs.

TRAITEMENT

SOMMAIRE. — *Inégalité des formes intracapsulaires et des formes extracapsulaires devant le traitement.* — A. TRAITEMENT CURATIF : *Procédés opératoires.* — I. Strumectomie. — II. Enucléation massive. Observations. — III Thyroïdectomie ; thyroïdectomie partielle et ses complications ; thyroïdectomie totale. Observations. — Résultats. — 1^o Résultats de la strumectomie ; 2^o Résultats des thyroïdectomies ; 3^o Leur amélioration possible.

B. TRAITEMENT PALLIATIF. — *Procédés :* I. Cathétérisme de l'œsophage ; II. Trachéotomie. Observations ; III. Tubage ; IV. Incisions circumthyroïdiennes et libération longitudinale de la trachée. Observations ; V. Soulèvement de la tumeur et exothyropezie. Observations. — Résultats : *inefficacité presque absolue.*

C. INDICATIONS OPÉRATOIRES.

La thérapeutique du goître malin a été, jusqu'à présent, si décevante, que beaucoup de chirurgiens, renonçant d'emblée à toute tentative de guérison radicale, se contentent de traiter les symptômes les plus pénibles pour le malade et de prolonger ainsi de quelques heures ou de quelques semaines la période ultime de l'affection. Cette ligne de conduite paraît bien justifiée, lorsqu'on sait de quelle longue série d'insuccès, de récidives et de morts se composent les statistiques opératoires. Cependant,

au-dessus de la foule des interventions à suites mauvaises, s'élèvent quelques résultats brillants, guérisons complètes ou survies prolongées, qui font entrevoir la possibilité d'une réussite plus fréquente, lorsque le traitement sera plus précoce et plus adéquat à la lésion. Ce traitement est destiné, sans doute, à parcourir les mêmes étapes et à subir les mêmes vicissitudes que celui du cancer de l'utérus, du rectum et de tant d'autres organes. Pendant une période plus ou moins longue, les résultats sont déplorables et il semble inutile de s'obstiner à de vaines tentatives. Puis, une analyse plus complète montre que les insuccès sont dus, soit à une ablation insuffisante ou à des fautes de technique, soit surtout à une intervention trop tardive et, alors, les statistiques s'améliorent peu à peu.

La diversité des résultats obtenus vient de la variété des formes de la thyro-carcinose et de leur inégale gravité. L'aspect morphologique du néoplasme est subordonné à la nature du goitre sur lequel il s'est développé. — On sait qu'il existe deux formes anatomiques de goitre : les goitres kystiques ou encapsulés et les goitres diffus ou parenchymateux caractérisés par une hypertrophie massive du tissu thyroïdien. C'est sur cette distinction anatomo-pathologique capitale que reposent les deux grandes méthodes chirurgicales de traitement : la strumectomie et la thyroïdectomie.

La thyro-carcinose survenant presque toujours, dans une thyroïde préalablement goitreuse, la même distinction s'impose. S'agit-il de la dégénérescence

d'un goitre parenchymateux, qui est heureusement plus rare que le goitre kystique (1), on se trouve en présence d'une lésion diffuse, à marche envahissante. L'infection ganglionnaire apparaît rapidement, et la malignité des lésions est telle que, d'après les observations de M. Poncet, elle contre-indique toute tentative d'ablation. Cette abstention opératoire est, en outre, justifiée, par la présence si fréquente de noyaux de généralisation à une date rapprochée du début, et par la diffusion de la néoplasie, nécessitant la thyroïdectomie totale. Le pronostic de cette forme de goitre cancéreux est donc d'une extrême gravité. C'était, du reste, la conclusion à laquelle Orcel était arrivé dans son mémoire, alors que, suivant la pratique, à cette époque, de M. Poncet, qui s'était trouvé en présence jusqu'alors de thyrocarcinose massive, il conseillait un traitement purement symptomatique, c'est-à-dire la trachéotomie, dans le cas d'asphyxie imminente.

Le pronostic de cette forme massive, malheureusement, reste le même, ainsi que les indications du traitement chirurgical. Quand à la dégénérescence se produisant dans un goitre encapsulé, il en est tout autrement, et on peut, *à priori*, se faire une idée de la marche variée de la carcinose, de sa malignité plus ou moins grande, suivant les caractères des kystes, suivant leur contenu, l'épaisseur de leurs parois, leur nombre etc. Un fait anatomo-

(1) Les statistiques de MM. Poncet et Rivière donnent la proportion de quatre goitres kystiques pour un goitre charnu.

pathologique d'une haute importance domine, en pareil cas, l'infiltration néoplasique. Intra-kystique et intra-capsulaire, elle est limitée par une membrane d'enveloppe dont l'épaisseur variable forme une barrière plus ou moins résistante, plus ou moins durable à l'extension du cancer et, sans entrer dans plus de détails, nous pourrions assimiler cette dégénérescence intra-thyroïdienne à celle des kystes d'autres régions, d'autres organes, à la dégénérescence des kystes sébacés dont la malignité ne devient réelle que lorsque le néoplasme, ulcérant la poche, a envahi les tissus voisins.

Les variations de structure des kystes thyroïdiens, la polymorphie des tumeurs goitreuses pré-existantes au cancer, nous donnent, suivant l'opinion de M. Poncet, la clef de la marche diverse des tumeurs malignes. C'est ainsi que doivent s'expliquer les résultats si variables fournis par l'ablation du cancer. Les guérisons, avec une survie notable sans récurrence, appartiennent à la thyrocarcinose encapsulée et les chances de guérison plus ou moins longue, sans repullulation locale et sans généralisation sont d'autant plus nombreuses que les lésions n'ont pas franchi la membrane d'enveloppe, et qu'elles sont, par cela même, restées plus isolées des tissus voisins. La forme des kystes dégénérés, leur multiplicité, et leurs caractères anatomiques, si variés, expliquent très bien les différences de résultats définitifs subordonnés aussi à la rapidité de l'intervention. Aussi, en raison de la fréquence du goitre cancéreux de nature kystique et

de la possibilité, dans la dégénérescence, d'une survie appréciable, M. Poncet est-il d'avis de pratiquer dès le début, dès que la diagnostic est établi, une opération.

En effet, le traitement opératoire, seul, possède parfois une efficacité réelle. On a renoncé depuis longtemps aux applications iodées, aux pommades, à l'iodo-thyrine, pratiques inutiles et dangereuses, parce que, capables de diminuer un peu l'acuité des phénomènes (1), elles donnent l'illusion d'une amélioration vraie et retardent ainsi l'intervention chirurgicale. Dans les cas inopérables, Kocher donne au malade des préparations arsénicales. Cette médication amène une diminution notable des noyaux métastatiques et une amélioration de l'état général, et pourrait même produire une disparition complète des nodules cancéreux. Cet auteur estime donc que ce médicament doit être administré chez tous les malades auxquels on extirpe un goitre malin.

Le traitement chirurgical est *curatif* ou *palliatif* et doit être étudié au point de vue de son *manuel opératoire*, de ses *résultats* et de ses *indications*.

(1) Voir observation 44.

A. — TRAITEMENT CURATIF PROCÉDÉS OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les opérations qui ont pour but d'obtenir la guérison définitive du cancer thyroïdien, sont la *strumectomie*, l'*énucléation massive* et la *thyroïdectomie*.

I. Strumectomie. — La strumectomie consiste à énucléer les noyaux malades, en traversant le tissu thyroïdien dans lequel il sont noyés. Après incision de la peau, le lobe goitreux est attiré autant que possible entre les lèvres de la plaie, on ouvre la glande au bistouri sur le noyau le plus superficiel que l'on enlève en serrant de près la tumeur pour ne pas s'égarer dans le tissu thyroïdien. On répète cette manœuvre pour les autres noyaux. Si ceux-ci sont trop adhérents à leur gangue pour en être détachés facilement, il vaut mieux tenter l'énucléation massive.

Les cancers très limités sont seuls justiciables de ce procédé, dont le principal avantage est la grande simplicité.

Les complications respiratoires, les infections et les hémorragies ne sont guère à redouter, mais il ne peut convenir qu'aux néoplasmes encore au début de leur évolution. Encore est-il dangereux, parce qu'on ne sait jamais exactement où s'arrête le mal

et dans le corps thyroïde comme dans les autres régions, il faut, lorsqu'on traite un cancer, redouter surtout les opérations trop économiques.

II. Enucléation massive.— On sait que cette opération consiste dans l'ablation de la plus grande partie des tissus d'un lobe thyroïdien hypertrophié, en opérant sous la capsule propre le plus possible, et toujours sous elle, au moins au voisinage des pédicules vasculaires. Jamais par ce procédé, tout le parenchyme du lobe n'est enlevé, car la capsule adhère très intimement au tissu sous-cortical qu'elle pénètre et en garde constamment des parcelles adhérentes à sa face profonde, dans les points où on l'a ménagée.

Après une large incision de la peau, puis de la capsule, on libère la tumeur. Au point proéminent du lobe hypertrophié, on incise avec des pinces les tissus qui le séparent encore de la tumeur, puis on cherche un plan de clivage sous la capsule, si cette capsule, doublée d'un peu de tissu cortical peut être facilement détachée du néoplasme. Le plus souvent la tumeur a peu à peu distendu ses enveloppes et s'est soudée à elles; le plan de clivage doit alors être cherché momentanément en dehors d'elles, jusqu'à ce qu'on approche des pédicules vasculaires. A ce moment la capsule est ouverte et la tumeur énucléée de sa face profonde. Si on se trouve en présence d'un kyste volumineux, il y a avantage à le ponctionner d'abord pour vider son contenu, puis à décortiquer ses parois. Lorsque les lésions paraissent diffuses, ou bien qu'il existe une adhérence

totale, intime et très vasculaire, il faut terminer l'opération par une thyroïdectomie partielle.

L'hémostase s'obtient facilement par une suture hémostatique de la capsule, ou bien par la ligature des quelques artérioles plus importantes, qui donnent à sa face interne.

Cette opération est plus bénigne que la thyroïdectomie, à cause de sa moindre durée, et des délabrements moins étendus qu'elle nécessite.

La dysphonie, les troubles respiratoires et les hémorrhagies graves ne se produisent que d'une façon exceptionnelle, mais ces avantages sont loin d'être suffisants pour la faire adopter comme procédé de choix.

L'anatomie pathologique et l'évolution clinique nous montrent que, très souvent, les lésions néoplasiques sont diffuses, et que dans des glandes en apparence saines, il existe déjà des boyaux épithéliaux jusque dans la capsule. A la vérité, dans certaines formes à végétation intra-kystique, pendant la première période de la transformation maligne, le cancer peut être localisé en une petite région de la glande; c'est alors que l'énucléation a pu donner des guérisons durables. Mais, comme on ne peut pas, au moment de l'intervention, se rendre compte des limites du mal, il est imprudent de respecter des parties de tissu thyroïdien suspect, en contact avec cette capsule. Cette opinion est entièrement justifiée par l'évolution ultérieure des strumes malignes, traitées par l'énucléation.

Sarcome du corps thyroïde. Enucléation

SOCIN (*in thèse Carranza*).

Femme 31 ans. Enucléation du lobe gauche du corps thyroïde. Diagnostic histologique : carcinome médullaire. La malade sort guérie treize jours après l'opération. Cinq mois plus tard, récidive dans le lobe droit et dans les ganglions axillaires. Inopérable.

OBSERVATION 63.

Cancer thyroïdien. Enucléation. Récidive rapide

C..., Françoise, âgée de 57 ans, née à St-Germain-Laval (Loire) et habitant depuis plusieurs années à Vienne (Isère), entre, au mois de décembre 1899, dans le service de M. le professeur Poncet.

Ni goitre, ni cancer dans sa famille.

Elle n'eut jamais une très bonne santé. Réglée de façon irrégulière de 14 ans à 38 ans, elle s'est mariée à 22 ans et eut trois grossesses. Pas de syphilis. L'affection actuelle débuta il y a trois ans, à la suite d'une attaque d'influenza qui dura pendant un mois ; la respiration était, à certains moments, très difficile, lorsque, par exemple, elle avait à monter un escalier. Cet état persista pendant deux ans environ. Ce n'est que depuis un an que la malade s'est aperçue du développement d'une petite tumeur, des dimensions d'une noisette, située à la partie la plus interne du creux sus-claviculaire gauche, presque en contact avec la trachée.

Cette tumeur augmenta progressivement de volume et, depuis trois mois, la malade souffre de douleurs qui prennent naissance au niveau du goitre, pour s'irradier dans tout le côté correspondant du cou et de la tête. La dyspnée est devenue menaçante. La respiration est pénible et, le soir, surtout pendant la nuit, surviennent des accès de suffocation, obligeant la malade à se lever, ou bien à se renverser fortement en arrière, pour respirer plus facilement. C'est à cause

de ces troubles respiratoires et des douleurs de la région cervicale, qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 16 décembre 1899.

La malade est une femme âgée qui présente encore un bon état général, bien qu'elle se soit amaigrie depuis quelques mois. On constate, au niveau de la partie inférieure du cou et à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf qui est appliquée contre la trachée et se déplace avec elle. Cette tumeur est dure, n'a pas de limites nettes et paraît s'engager, par sa partie inférieure, en arrière du sternum. Cependant, il n'existe pas de malité à ce niveau. La peau est normale, mobile sur les plans profonds, et on aperçoit, dans les régions sus et sous-claviculaires gauches, un réseau veineux anormalement développé.

Aucune adhérence avec les vaisseaux ; pas de ganglions. Lorsqu'on mobilise la tumeur latéralement, ou dans le sens vertical, il se produit un peu de cornage et de tirage sus-sternal. Les accès de suffocation surviennent fréquemment et même sont quotidiens depuis quinze jours. Lorsque la malade a parlé pendant quelques minutes, il se produit des crises de toux et de dyspnée.

Douleurs très vives dans la partie latérale gauche du cou, s'irradiant jusque dans l'oreille. Pas de dysphonie.

Pas de troubles pupillaires, ni d'exophtalmie, ni de tremblement. Le pouls est rapide, régulier, 120 pulsations par minute. Le cœur est normal. Les poumons paraissent sains. Pas de température.

18 décembre 1899. — Après anesthésie générale, M. Bérard pratique une longue incision verticale sur la tumeur, puis il ouvre la capsule et pratique l'énucléation d'une masse, beaucoup plus volumineuse qu'on ne pouvait le supposer à l'examen externe. Cette tumeur plonge entre le sternum et la trachée, et provoquait ainsi les accidents respiratoires.

Cette énucléation se fait facilement. La trachée est ramollie, mais ne s'affaisse pas. On applique des pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui saignent. Tamponnement à la gaze iodiformée. On laisse les pinces à demeure. Pansement.

Suites opératoires :

La dyspnée a disparu immédiatement, et l'état général s'améliore rapidement. La cicatrisation de la plaie était presque

complètement terminée au milieu du mois de janvier 1900. Il existait seulement une petite fistule à l'angle inférieur de l'incision.

La malade mangeait avec appétit, les douleurs avaient complètement disparu, de même que les troubles respiratoires.

A ce moment, la petite plaie se mit à bourgeonner de façon un peu anormale. Les bourgeons étaient rouges, extrêmement vasculaires, et donnèrent lieu à des hémorrhagies qui, par leur répétition, devinrent inquiétantes. On essaya, sans succès, tous les petits moyens, tamponnement, injection d'ergotine, de sérum gélatiné, cautérisation. On n'obtint aucun résultat et, en quelques jours, la malade fut plongée dans un état d'anémie extrême.

Le 2 février, M. Bérard incise sur la cicatrice et découvre largement les bourgeons vasculaires, qu'il enlève aussi complètement que possible, c'est-à-dire jusqu'à la paroi trachéale. Tamponnement et suture très serrée au fil métallique. Injections de sérum artificiel, caféine, etc. Les hémorrhagies s'arrêtent. Pas de température.

Les jours suivants, la malade se plaint de dysphagie qui s'oppose à l'ingestion d'aliments solides. On la nourrit alors avec du lait, de la poudre de viande, etc. Puis, au bout de quelques jours, les douleurs diminuent et l'alimentation peut se faire de manière normale.

Jusqu'au 20 février, l'état de la malade fut très satisfaisant. A ce moment, se développe peu à peu un bourgeon rouge foncé, qui s'insinue par un petit orifice situé à l'angle inférieur de la plaie, et s'étale à l'extérieur.

Le 25 février, il a les dimensions d'une pièce de 2 francs et, deux jours après, on constate, dans le pansement, une petite hémorrhagie.

Chaque jour elle se reproduit, avec les mêmes caractères que la première fois. La malade s'anémie et se refuse à toute intervention chirurgicale. Elle quitte l'Hôtel-Dieu le 4 mars 1900. Le cou est un peu augmenté de volume. Pas de ganglions. Aucun signe de métastase viscérale. La malade est très cachectique. Pas de température.

La malade rentre chez elle, dans un état déplorable. Cepen-

dant, les hémorrhagies s'étant arrêtées spontanément, son état général s'améliore un peu.

Alors, les bourgeons néoplasiques prennent un développement beaucoup plus considérable, ulcèrent la peau et forment au devant du cou une volumineuse tumeur, suintante, et dont certaines parties se sphacèlent et s'éliminent de temps en temps.

Au mois d'avril 1900, la malade est encore vivante, mais la déglutition est impossible, la cachexie extrême et la terminaison fatale, proche.

Examen des pièces. — La tumeur recueillie au cours de la première intervention avait l'aspect suivant. C'était une tumeur arrondie, lisse, sans noyaux indurés, qui avait tout à fait l'aspect d'un goitre kystique. A la coupe on constatait plusieurs kystes, deux très volumineux, qui constituaient la plus grande partie de la tumeur, et plusieurs, plus petits, qui occupaient la partie postérieure. A ce niveau on apercevait une zone constituée par des végétations d'aspect plus blanc et de consistance plus molle que le tissu thyroïdien normal. On fit néanmoins le diagnostic de goitre kystique. Des parcelles de la tumeur furent coupées et placées dans l'alcool pour l'examen histologique. Quant aux bourgeons enlevés pendant la deuxième intervention ils furent également recueillis dans l'alcool,

A l'examen histologique, on constata des lésions de type différent, suivant les endroits.

Dans certains points, on aperçoit des vésicules thyroïdiennes dont le nombre et les dimensions sont augmentés. Elles sont doublées d'une seule couche de cellules cubiques et contiennent de la matière colloïde. Il s'agit donc d'un adénome thyroïdien. Mais à côté, il existe une autre disposition beaucoup plus intéressante. Au milieu d'un stroma délié se trouvent des vésicules et des cordons épithéliaux. Les vésicules sont bourrées de cellules épithéliales entre lesquelles on voit parfois un peu de matière colloïde. En d'autres endroits, les cellules épithéliales sont infiltrées dans les espaces conjonctifs, donnant l'aspect de la tumeur, décrite par Wolfler sous le nom d'épithéliome alvéolaire.

Il s'agit donc d'un adénome thyroïdien, en voie de transformation épithéliale; les deux ordres de lésions coexistent de façon très nette dans une même glande. C'est un cancer du

corps thyroïde au début. Il existe également des zones de transition entre l'adénome et le cancer (Voir page 55).

Il s'agissait, en somme, d'une dégénérescence très limitée. La glande thyroïde semblait absolument normale; c'est à peine si l'examen histologique montre l'existence de points suspects dans les végétations intra-kystiques. Cette disposition était donc très favorable à la bonne réussite d'une énucléation massive, et cependant, peu de temps après cette intervention, on vit les bourgeons néoplasiques se former, augmenter rapidement de volume et s'insinuer entre les lèvres de la plaie. Quoique le procédé puisse donner de bons résultats, si toutes les parties malades sont enlevées, il vaut mieux intervenir plus largement et enlever la capsule en pratiquant une thyroïdectomie extra-capsulaire.

OBSERVATION 64

(Thèse ORCEL. Obs. VI).

Cancer de la thyroïde. — Opération précoce. Guérison.

D... , Mathilde, 23 ans, de Vaugris. Service de M. Tripier 1887.
Pas de goitre antérieur. Tumeur thyroïdienne depuis 12 jours
Marche rapide. Pas de phénomènes de compression.
Enucléation. Guérison, qui se maintenait encore au bout
d'un an.

Diagnostic histologique. Epithéliome.

OBSERVATION 65

(Résumée).

Cancer de la thyroïde, au début de son évolution. — Énucléation. — Récidive. — Mort.

G..., Félicie, 46 ans, entre, au mois d'août 1897, dans le service de M. Poncet, salle Ste-Anne 22, pour une tumeur thyroïdienne, petite et arrondie, qui provoque quelques troubles respiratoires. Le diagnostic clinique était goitre simple.

M. Poncet pratique une énucléation et la malade sort de l'hôpital le 14 août 1897 complètement guérie. Peu de temps après, le cou se mit à grossir de nouveau et, en dessous de la cicatrice, apparut une tumeur qui finit par s'ulcérer. C'était un cancer thyroïdien. Mort 6 mois après.

OBSERVATION 66

(Résumée).

Cancer du corps thyroïde. — Extirpation. — Septicémie. — Mort.

Une femme de 31 ans, de Savoie, entre, au mois de juin 1900, dans le service de M. le professeur Poncet, pour une tumeur thyroïdienne du volume d'une tête de fœtus, dure, non fluctuante, développée surtout aux dépens des lobes médian et gauche. Le lobe gauche est très légèrement hypertrophié. Le larynx reste sur la ligne médiane. La tumeur se déplace dans les mouvements de déglutition ; elle est mobile sous la peau qui est saine. Comme troubles fonctionnels, gêne de la respiration dans la marche. Bon état général.

La malade portait un goitre depuis l'âge de 14 ans.

Le 6 juin 1900, incision médiane par M. Bérard. On a de la peine à trouver le plan de clivage. On y arrive incomplètement et on est obligé, en un point, de trancher le parenchyme.

Hémorrhagie assez abondante. On laisse les pinces à demeure, La malade succombe le 18 juin, après avoir eu une température variant entre 40°5 le matin et 41°2 le soir.

A l'autopsie, en dehors du lobe droit, nappe de pus. Le lobe gauche présente, à la coupe, une surface compacte de couleur jaune traversée par de larges tractus fibreux. Ganglions péritrachéaux et ganglions du hile du poumon.

La tumeur et les ganglions sont examinés par M. Dor : cancer du corps thyroïde. Aux poumons légère congestion des bases. Pas de métastases.

III. Thyroïdectomie. — La *thyroïdectomie partielle*, qui enlève tout un segment du corps thyroïde malade, que cette portion comprenne, ou non, du tissu sain, convient beaucoup mieux que les interventions précédentes, au traitement des goitres malins. On peut extirper largement les zones malades, en se tenant en dehors de la capsule, et si cette opération est plus délicate que l'énucléation massive, ses avantages sont tels que, dans le cancer, il faut la considérer comme le procédé de choix.

Son manuel opératoire est peu différent de celui qui est employé dans les goitres simples, quoique la nature et l'étendue des lésions obligent à quelques manœuvres spéciales.

Toutes les *incisions* sont bonnes, pourvu qu'elles soient larges. Qu'il s'agisse de l'incision courbe de Wolfler, ou de l'incision cruciforme de M. Poncet, ou d'une autre incision encore, il faut dépasser les limites apparentes de la tumeur et sectionner les muscles, s'il est nécessaire, parce que, avant tout, on doit opérer au grand jour et se garder de toute manœuvre aveugle dans la profondeur. Plus encore que

dans le goître, la découverte large de la tumeur est indispensable et, pour y arriver, Boeckel relevait un énorme lambeau en U, dont les branches atteignaient de chaque côté l'angle de la mâchoire, et le sommet, la partie supérieur du sternum.

Lorsqu'on arrive sur les enveloppes du néoplasme, après avoir traversé les plans conjonctifs, tassés au devant de lui, deux cas peuvent se présenter :

La tumeur *est encapsulée* et présente l'aspect et les indications d'un goître.

La tumeur *a franchi les limites de la capsule*.

Dans le premier cas, le manuel opératoire est simple. Après isolement et libération de la tumeur, cette dernière est saisie et amenée hors de sa loge par des tractions douces, absolument comme on luxe un fibrome utérin en dehors de la cavité abdominale. Cette manœuvre devient compliquée, lorsque le goître est fixé aux parties voisines par d'anciennes hémorrhagies, des poussées inflammatoires ou des injections irritantes. Lorsque il s'agit de tumeur latérales relié à l'isthme par un pédicule, M. Poncet, au lieu de libérer la tumeur de dehors en dedans, l'aborde de dedans en dehors, et pratique d'emblée la section de l'isthme entre deux pinces. Ce temps opératoire a été également modifié par Mickulicz, Billroth, Bosc, etc...

Dans le second cas, lorsque le néoplasme est devenu extra-capsulaire, les conditions dans lesquelles se trouve placé le chirurgien sont bien différentes. La dissociation du tissu cellulaire présente

parfois des difficultés extrêmes; les adhérences aux vaisseaux et aux nerfs, à la trachée et à l'œsophage modifient, de façon imprévue le plan opératoire.

Il est donc impossible de régler ce temps de l'opération. *Le seul principe absolu, est d'extirper tout ce qui est malade*, en réséquant, s'il est nécessaire, les gros vaisseaux et les nerfs, et même les anneaux de la trachée.

Le goitre étant maintenu soulevé par un aide, le chirurgien procède à *la ligature et à la section des vaisseaux thyroïdiens* supérieurs et inférieurs. Ce temps opératoire ne présente pas de physionomie spéciale, à moins que les artères, envahies par le néoplasme, ne présentent une friabilité telle qu'elles se déchirent sous les pinces ou les fils, ce qui oblige à les lier loin de leur terminaison glandulaire. Nous avons vu M. Delore, au cours d'une thyroïdec-tomie partielle, éprouver une certaine difficulté à lier la thyroïdienne supérieure qui, atteinte dans la partie inférieure de son trajet, se laissait couper par les fils.

L'opération se termine alors par la section du pédicule, l'ablation de la tumeur et l'extirpation des ganglions.

Les dernières adhérences du néoplasme avec la trachée étant détachées, on sectionne aux ciseaux ou au thermocautère l'isthme, en se tenant le plus loin possible des régions malades qu'il faut toujours dépasser largement.

C'est à ce moment qu'on doit examiner l'état des ganglions de la chaîne carotidienne, pour les enle-

ver, s'il y a lieu. Cette extirpation, simple lorsqu'ils sont mobiles et peu nombreux, présente parfois une gravité considérable, si le chirurgien est obligé de poursuivre les masses ganglionnaires jusqu'à la base du crâne, d'une part, et au creux sus-claviculaire, d'autre part. Ces petites masses néoplasiques se fixent parfois sur les vaisseaux ou les nerfs, de telle sorte qu'un curage complet, s'accompagnant d'une résection de la jugulaire interne, de la carotide, du sympathique, etc. (1), constitue alors une intervention dangereuse.

Cependant, il est nécessaire de tout enlever, bien que, dans certaines circonstances, de petits ganglions, d'apparence néoplasique, laissés en place, non seulement n'augmentent pas de volume, mais semblent même rétrocéder. Il se produit ici un phénomène bien connu dans la chirurgie des cancers de l'utérus, de l'intestin, etc. : les ganglions paraissent lutter avec efficacité contre l'envahissement des cellules cancéreuses, lorsque la source principale est tarie et n'envoie plus à chaque instant dans les canaux lymphatiques de nouvelles embolies néoplasiques. C'est pourquoi on observe des guérisons durables et surprenantes, dans les cas où, quelques ganglions suspects étant restés à leur place, on croit avoir fait une intervention incomplète.

Quelques mèches de gaze sont placées dans la plaie, pour assurer l'écoulement libre des exsudats. Il est utile de leur adjoindre un drain de caoutchouc.

(1) Voir obs. 67.

Ce drainage doit être établi avec un soin plus grand encore, lorsqu'il a fallu poursuivre un lobe en arrière du sternum, dont l'ablation laisse libre une loge toute préparée pour la rétention des liquides, l'espace mort de Wolfler, qui doit être comblé par des mèches de gaz stérilisée, ou un petit drainage à la Mickulicz, comme le pratique M. Poncet.

Accidents et complications. — Les accidents sont presque identiques à ceux qui se produisent au cours des thyroïdectomies partielles pour les goîtres simples. Ce sont :

1^o Les hémorrhagies.

2^o Les accidents respiratoires et les complications provenant de la trachée et des nerfs laryngiens.

3^o les lésions des gros troncs nerveux.

4^o Les lésions de l'œsophage et du pharynx.

Complications vasculaires. — La complication la plus immédiate et la plus redoutable est l'entrée de l'air dans les veines. M. Poncet l'a observée chez un individu atteint de cancer thyroïdien, de même que Madelung, Pollosson, Kccher, etc. Elle se fait dans les plans profonds et au voisinage du sternum, bien que la pénétration de l'air dans la jugulaire antérieure puisse entraîner la mort, comme il est arrivé à un malade de Billroth.

Les hémorrhagies artérielles seront évitées, si on serre fortement les ligatures, et si on a soin de les placer en tissu sain.

Les hémorrhagies veineuses sont plus à craindre

encore dans le cancer thyroïdien que dans le goitre, car le néoplasme et ses ganglions adhèrent fortement aux gros troncs veineux, à la jugulaire, au tronc brachio-céphalique ou à la veine sous-clavière. Billroth, opérant un goitre suspect de malignité, provoqua une hémorrhagie de la veine sous-clavière. Pour l'arrêter, il fut obligé de lier le tronc brachio-céphalique droit, après résection d'une partie de la clavicule et du sternum. Le malade guérit.

Les hémorrhagies secondaires sont dues à l'infection ou bien à la reproduction de bourgeons néoplasiques très vasculaires. Leur gravité est redoutable, car elles résistent parfois à tous les procédés de traitement. Chez une malade de M. Poncet, qui avait subi une énucléation massive pour un cancer thyroïdien très limité, apparut, quelques semaines après l'opération, un bourgeon de couleur rouge qui, écartant, peu à peu, les lèvres de la plaie, s'étala au dehors et se mit à saigner. Il saigna tant que, malgré les cautérisations, les pansements avec corps styptiques et absorbants, la malade fut plongée bientôt dans un état d'anémie extrême. C'étaient de petites hémorrhagies, d'aspect inoffensif, au premier abord, mais très graves par leur répétition. Il fallut extirper toutes les parties malades. La guérison survint, mais d'une façon passagère seulement. En effet, une quinzaine de jours après, se produisait une nouvelle récurrence, accompagnée d'hémorrhagies aussi incoercibles que la première fois.

2^o *Lésions de la trachée et des nerfs laryngés.* —

Dans les cas de cancer intra-capsulaire, la blessure de la trachée et des nerfs laryngés présente les mêmes inconvénients et sera évitée de la même façon que dans le goitre ordinaire.

Par conséquent nous n'y insistons pas. Lorsque le néoplasme a franchi les limites de la capsule, les lésions de la trachée et des nerfs se produisent de manière différente et sont souvent inévitables.

Les nerfs récurrents sont englobés dans du tissu suspect, il est difficile de les apercevoir et il ne faut pas s'inquiéter, outre mesure, de leur présence, car le seul souci du chirurgien doit être la recherche de l'extirpation complète. Si, pour y arriver, on doit couper ou réséquer un des récurrents, c'est un incident sans importance. Les blessures de la trachée, la résection d'un ou de plusieurs anneaux se pratiquent dans les mêmes circonstances. Roux s'est trouvé dans l'obligation de poursuivre jusque dans l'épaisseur de la paroi trachéale les prolongements d'un néoplasme thyroïdien et d'enlever quelques centimètres de ce conduit. Néanmoins le malade a si bien guéri que, plusieurs années après l'intervention, aucune récurrence ne s'était encore montrée.

L'ouverture de la trachée est une complication grave, parce qu'elle appelle les complications pulmonaires. La question de la trachéotomie est actuellement jugée. Les statistiques de Braun ont montré combien cette opération aggrave le pronostic, et aujourd'hui on n'y a recours que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

3°. — *Lésions des troncs nerveux.* — Les nerfs pneumogastrique, grand sympathique, grand hypoglosse, les origines du plexus cervical et brachial sont susceptibles d'être sectionnés au cours d'une thyroïdectomie partielle pour cancer thyroïdien.

Le grand sympathique est exposé à être lié en masse avec l'artère thyroïdienne inférieure, même lorsqu'il s'agit d'un goitre simple. Dans les néoplasmes malins, la recherche des prolongements postérieurs, et surtout des ganglions, conduit parfois sur le tronc lui-même, qui est alors sectionné et même réséqué sur une étendue de plusieurs centimètres (Obs. 67).

Le pneumogastrique a été coupé plusieurs fois dans l'ablation des cancers thyroïdiens. Lücke, Billroth, Fischer ont eu à déplorer des morts dues à cette cause. Cependant les lésions du pneumogastrique ne sont pas d'une extrême gravité, puisque Czerny a pu réséquer le tronc de l'un des deux vagues sans suite fâcheuse pour son malade, bien que les deux jugulaires internes, la jugulaire externe, la carotide et l'hypoglosse eussent été coupés en même temps.

La section de l'hypoglosse est une complication fort rare et s'accompagne de paralysie de la langue et de troubles de la déglutition et de la phonation qui s'atténuent peu à peu.

Les blessures du plexus cervical et du plexus brachial ne s'observent que dans des circonstances exceptionnelles, lorsqu'il faut extirper des cancers envahissants, ou des masses ganglionnaires pro-

fondes. Dans l'observation citée plus haut, où fut pratiquée la section du sympathique, on coupa également les dernières racines du plexus cervical.

4^e *Lésions du pharynx et de l'œsophage.* — A cause des connexions intimes du conduit alimentaire et de la tumeur thyroïdienne, l'opérateur est conduit sur le pharynx ou sur l'œsophage, dont la perforation est d'autant plus à craindre que la paroi est rendue plus friable par l'envahissement néoplasique. D'ailleurs, il est nécessaire d'enlever la partie envahie, comme Braun et Czerny ont eu l'occasion de le faire.

La *thyroïdectomie totale* serait, sans contredit, le procédé de choix, si la cachexie strumiprive n'était à redouter. M. Bérard, dans sa thèse, écrivait en 1896, que la thyroïdectomie totale, jusqu'à nouvel ordre, doit être proscrite, même contre le goitre malin. Et, cependant, il serait aussi logique de pratiquer l'extirpation totale de la glande thyroïde, même dans les cancers limités, en apparence, à un lobe, que d'amputer le sein tout entier, lorsqu'il contient un seul noyau néoplasique.

D'ailleurs, la venue des accidents d'insuffisance thyroïdienne, à la suite de la thyroïdectomie totale, est loin d'être constante. Rosander a pu réunir 30 cas de thyroïdectomie totale, sans myxœdème consécutif. Après lui, Kronlein, publiant en 1892 les résultats de 200 opérations de goitre, dit n'avoir jamais observé de myxœdème, même dans deux cas où il avait pratiqué la thyroïdectomie totale,

et qu'il a suivis l'un pendant dix ans, l'autre pendant neuf ans. D'après Trombetta et Broca, la cachexie strumipriva se montre après l'extirpation totale, 27 fois seulement sur 100. Kocher l'a rencontrée plus fréquemment ; Hahn et Zézas la signalent dans la moitié des cas. Il est certain que le myxœdème opératoire a des tendances à apparaître plus souvent et sous une forme plus grave dans quelques pays, dans les régions surtout où le crétinisme spontané est endémique. C'est ainsi que, exceptionnellement signalé en Angleterre, il est très fréquent en Suisse et en Allemagne.

La thyroïdectomie totale a été employée quelquefois contre la strume maligne ; on pourra s'en servir encore lorsque le néoplasme aura envahi la glande toute entière, car le myxœdème ne se produit pas fatalement et, d'autre part, l'administration de l'iodothyline permet de combattre avantageusement les accidents d'insuffisance thyroïdienne. Carle (1) a publié récemment 8 cas de thyroïdectomie totale pour cancer de la thyroïde ; la cachexie strumipriva ne survint qu'une seule fois et fut atténuée par la médication thyroïdienne. Aussi cet auteur conseille-t-il l'ablation totale.

(1) Nous remercions M. le professeur Carle d'avoir bien voulu nous envoyer son important travail : *Contributo alla chirurgia del tiroide*.

OBSERVATION 67

*Cancer du corps thyroïde. — Thyroïdectomie partielle.
Mort.*

Claude F..., âgé de 49 ans, cultivateur, entre, au mois de décembre 1899, à la clinique de M. le professeur Poncet.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans. Mère atteinte de goitre. Sept frères ou sœurs, dont une présente un goitre.

Antécédents personnels. — Cet homme eut toujours une excellente santé; il a habité toute sa vie un pays où les goitres sont assez fréquents. Il est marié et a deux enfants. Chez l'un d'eux, vers l'âge de 6 ans, se développa une tumeur thyroïdienne qui a disparu depuis.

Début de la maladie actuelle. — Vers l'âge de 35 ans, apparition d'une petite tumeur, dans le lobe droit du corps thyroïde dont le volume augmenta lentement, pendant les années suivantes. Cependant le malade pouvait, sans trop de fatigue, se livrer à ses occupations habituelles.

La scène a changé brusquement il y a 3 semaines. Il se mit à souffrir tout-à-coup d'une névralgie faciale localisée du côté droit. En même temps, le goitre s'accrut plus vite et la respiration devint pénible. Le malade était tourmenté par une toux incessante, accompagnée de crachats sanglants et depuis cette époque, il a craché chaque jour un peu de sang. Il a remarqué aussi, à ce moment, l'apparition d'une grande quantité de petites tumeurs dures, situées de chaque côté du cou.

Enfin, il y a 12 jours, la phonation était devenue très difficile, de même que la respiration.

Etat actuel. — Le malade présente, sur le côté droit du cou, une tumeur volumineuse et arrondie. La peau est mobile à sa surface et le réseau veineux anormalement développé. Elle occupe le lobe droit du corps thyroïde et ne paraît pas avoir contracté d'adhérences avec les organes voisins.

Le larynx et la trachée sont déviés sur le côté gauche du cou.

Le lobe gauche paraît indemne. Il n'existe pas de prolongement rétro-sternal.

La palpation permet de sentir l'artère carotide en arrière de la tumeur, à laquelle elle n'est pas adhérente. De ce même côté, la chaîne ganglionnaire carotidienne et sus-claviculaire est complètement envahie. A gauche on sent un ganglion volumineux, à quelques centimètres au-dessus de la clavicule.

Mydriase à droite.

Le malade est presque complètement aphone. Examen laryngoscopique : la corde vocale droite est paralysée. A l'examen du poumon, on entend une respiration rude au sommet droit ; pas d'autres signes anormaux.

A l'examen du cœur, pas de lésions orificielles, mais il existe une tachycardie constante. Le pouls est à 120 Pas de tremblement, ni d'exophtalmie. Rien du côté du foie, ni du squelette. Urines normales. Pas de température. Pas de cachexie. Léger amaigrissement.

Le 11 décembre 1899 M. Delore pratique l'extirpation de la tumeur. Par une incision verticale on arrive facilement sur le goitre, qui ne contracte aucune adhérence avec la peau. Thyroïdectomie partielle. On isole le lobe droit tout entier et on pince et sectionne deux pédicules ; l'un renferme les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, l'autre l'artère thyroïdienne inférieure et le nerf récurrent. Les parois artérielles étant envahies par le néoplasme, elle est très friable, se coupe sous le fil, de telle sorte qu'il est nécessaire de laisser une pince à demeure.

On fait ensuite le curage de la région carotidienne, qui est envahie depuis la base du crâne jusqu'au creux sus-claviculaire. Ligature de la veine jugulaire interne à la base du cou, puis resection de cette veine de bas en haut avec les ganglions qui lui sont adhérents. Les ganglions prévertébraux sont également atteints, et il faut sectionner et réséquer une assez grande partie du sympathique cervical. On poursuit les ganglions jusqu'à la base du crâne ; ligature de la partie supérieure de la jugulaire interne.

La plaie est laissée ouverte sur toute sa longueur. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le malade se relève rapidement du choc opératoire, mais,

dans la période post-anesthésique, il est très agité, arrache son pansement, et souille la plaie avec ses mains.

Le soir même, la température s'élève. L'état général est bon. La mydriase a fait place à un myosis accentué. Le pouls est très rapide. Les jours suivants, la température reste élevée, l'état général devient mauvais, le malade a l'aspect d'un individu profondément infecté. On refait le pansement et on trouve du pus bleu. L'état général baisse de plus en plus. Le 14 décembre, apparition d'une arthrite suppurée du coude gauche. Mort le 16 décembre.

Autopsie. — Ducôté droit l'ablation des parties malades a été faite de manière complète, et on ne trouve pas de tissu d'aspect néoplasique. Le lobe gauche, laissé en place, paraît sain. Cependant, en arrière, et de ce même côté, on trouve un gros ganglion d'apparence suspecte. Un prolongement néoplasique est appliquée contre l'œsophage, dont la paroi très amincie, est sur le point de se perforer.

La trachée n'est pas envahie.

Ganglions brouchique et médiastinaux volumineux. Un noyau de généralisation dans le poumon gauche. L'examen histologique, pratiqué par M. Dor, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome du corps thyroïde, reproduisant le type décrit par Wolfler sous le nom d'épithéliome alvéolaire.

OBSERVATION 68.

Goitre malin suffocant. — Bronchite chronique. — Thyroïdectomie partielle. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Hortense B..., âgée de 55 ans; de Moret (Jura), entre le 26 décembre 1899, dans le service de M. le professeur Poncet.

Grand-mère, morte très âgée, portait un petit goitre. Père et mère avaient une bonne santé.

Cette femme a passé toute sa vie dans un pays où les goitres se rencontrent fréquemment. Sa santé fut toujours excellente. Pas de syphilis ni de tuberculose. Elle a été réglée de façon régulière de 11 ans à 49 ans. Mariée à 20 ans, elle eut 8 enfants

pas de fausse couche. A plusieurs reprises elle fut atteinte d'érysipèle de la face.

Vers l'âge de 30 ans, elle constate l'apparition d'une petite tumeur, très mobile, sur le côté droit de son cou. Cette tumeur augmenta lentement de volume, les années suivantes, sans provoquer de douleurs ni de phénomènes de compression.

Puis l'accroissement s'arrêta et, depuis plusieurs années, son état est stationnaire.

La malade eut, l'année dernière, quelques poussées de bronchite. Néanmoins, son état général était très bon.

Il y a trois semaines, le corps thyroïde se mit brusquement à grossir, et avec une telle rapidité qu'il doubla presque de volume. En même temps la malade toussait beaucoup, et la phonation devenait très difficile. La déglutition était gênée. Amaigrissement rapide. La malade se présente alors à l'Hôtel-Dieu.

On constate les symptômes suivants :

La partie latérale droite du cou, depuis le maxillaire jusqu'à l'extrémité supérieure du thorax, est occupée par une volumineuse tumeur de forme arrondie. La peau, de coloration normale, est lisse et mobile sur les plans sous-jacents. Elle se trouve soulevée par un réseau veineux très développé.

Cette tumeur suit les mouvements du larynx et de la trachée.

Elle a la consistance d'un goître parenchymateux. Pas de bosselures. Elle envoie un prolongement sous le muscle sterno-cleido mastoïdien. Pas de prolongement retro-sternal.

Du côté gauche, la tumeur est beaucoup moins volumineuse. On sent profondément, contre l'œsophage, un petit noyau dur et très douloureux à la pression. Lorsqu'on appuie sur ce noyau, la déglutition est absolument impossible.

On ne trouve pas de ganglions du côté droit.

A gauche, un petit ganglion.

La tumeur thyroïdienne est mobilisée sur les plans du voisinage.

La respiration est difficile; un peu de cornage. Voix rauque et éteinte. La malade tousse presque continuellement, petite toux sèche, rarement accompagnée de crachats.

Aucun signe de compression vasculaire. D'ailleurs, les vais-

seaux du cou ne sont pas englobés par la tumeur, et on les sent parfaitement libres et mobiles en arrière de son bord postérieur.

La déglutition, quoique gênée, permet une alimentation suffisante.

Ni tremblement, ni exophtalmie.

Le pouls est rapide, varie entre 110 et 130.

Les réflexes sont normaux et la sensibilité diminuée dans la moitié gauche de la face.

Le foie et les organes abdominaux paraissent normaux. Rien au cœur.

On entend, dans toute l'étendue des deux poumons, des râles sonores de bronchite. Quelques râles sous-crépitaux au niveau de la base droite.

Examen des urines. Ni sucre, ni albumine. La quantité d'urée, contenue dans les urines de 24 heures, est de 56 gr.

La température oscille entre 37°9 et 38°2.

La malade reçoit un traitement médical pour sa bronchite. Mais les phénomènes dyspnéïques augmentant, M. Bérard intervient le 31 décembre.

Après anesthésie au mélange de Billroth, M. Bérard pratique une longue incision sur la ligne médiane, immédiatement suivie d'une incision transversale allant d'un muscle sterno-cleïdo-mastoïdien à l'autre. La glande thyroïde est ainsi largement découverte.

Les trois lobes de la glande sont hypertrophiés en masse. Le lobe droit occupe sa situation normale. Le lobe gauche n'est augmenté que dans sa partie inférieure qui s'enfonce dans le thorax jusqu'au niveau de la troisième côte.

On fait alors l'extirpation de ce lobe gauche, en arrière duquel se trouve un ganglion. Le lobe droit est exothyropexié.

Il reste une vaste cavité qui se prolonge dans la partie supérieure du thorax. Drainage à la Mikulicz. On laisse les pinces à demeure. Pansement.

Dès le lendemain, la température s'élève et, deux jours après, le thermomètre atteint 40°5. Dyspnée, cyanose. Plusieurs foyers de râles sous-crépitaux dans la moitié inférieure du poumon gauche, à droite, la matité a augmenté, et remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Silence respiratoire presque complet et nom-

breux râles souscrépitants. Cœur très rapide. Nombreuses intermittences. Mort le 5 janvier 1900.

Autopsie. — On aperçoit tout d'abord une cavité, occupée autrefois par le lobe gauche de la glande thyroïde, qui s'en fonçait dans le thorax jusqu'au niveau de la troisième côte.

Le poumon est fortement déprimé. Il existe, à ce niveau, quelques adhérences pleurales de nouvelle formation.

Une partie seulement du lobe droit a été exothyropexiée, et on voit un prolongement volumineux s'engager sous le sternocleido mastoïdien ; il occupe toute la région latérale du cou et s'étend depuis l'os hyoïde jusqu'à la partie supérieure du thorax.

La trachée est aplatie. Les anneaux cartilagineux sont ramollis. Elle se maintient béante, grâce à ses adhérences avec le lobe thyroïdien.

Le paquet vasculo-nerveux est refoulé en arrière, mais non englobé par la tumeur. On ne trouve aucun ganglion.

Examen des autres organes. Le poumon gauche est adhérent à la plèvre au niveau du sommet. Il est libre dans tout le reste de son étendue. Dans certaines parties du lobe inférieur, on aperçoit des taches plus claires, qui représentent des noyaux de broncho-pneumonie. Sur les coupes transversales, la partie supérieure est à peu près saine. Dans les deux tiers inférieurs, plusieurs zones hépatisées. Ces régions ne crépitent pas ; des fragments, placés dans l'eau, tombent au fond du récipient.

Le poumon droit présente des lésions plus étendues ; œdème intense du sommet, congestion au-dessous. Les deux tiers inférieurs sont transformés en un tissu dense, rouge, dur, ne crépitant pas. A ce niveau, nombreuses adhésions pleurales.

Le péricarde est sain. Le myocarde est flasque, de couleur feuille morte et se laisse facilement déchirer. Insuffisance de la tricuspide.

Les reins, le foie, la rate sont normaux. Il n'existe donc aucune métastase.

Examen de la tumeur thyroïdienne enlevée. — La surface lisse, régulière, ne présente pas de noyaux indurés. Elle est formée par les plans aponévrotiques de la capsule fibreuse, qui a son aspect normal.

Sur une coupe, on constate l'aspect habituel du corps thyroïde normal, sauf en deux ou trois points, où il existe des noyaux blanchâtres, ressemblant à du tissu néoplasique. Ces noyaux occupent la partie centrale de la tumeur et ils sont séparés de la surface par une large épaisseur de tissu, sain en apparence.

L'examen histologique a été pratiqué, sous la direction de M. Dor, par MM. Thévenot et Genevet. Sur les coupes pratiquées au niveau des points suspects, on aperçoit quelques vésicules thyroïdiennes normales, au centre desquelles se trouve de la matière colloïde. La plus grande partie de la surface est couverte de cellules épithéliales polyédriques, groupées en nids, ou bien infiltrées en grande abondance, entre les mailles d'un stroma, formé par un réseau délié de fibres conjonctives. Il s'agit donc d'un cancer épithélial.

OBSERVATION 69

(Thèse BÉRARD, p. 189)

Thyroïdectomie partielle extracapsulaire pour goitre charnu (cancer de la thyroïde). — Guérison.

G..., Clémentine, 57 ans, de Sermozet (Ain), entre à la clinique le 12 mai 1893, pour un goitre datant d'une vingtaine d'années, ayant beaucoup grossi depuis 3 ans et déterminant une gêne mécanique notable, sans troubles fonctionnels.

Tumeur énorme présentant quelques masses dures en bas et en dehors. Aspect d'un goitre charnu en évolution kystique.

Opération le 13 mai. M. Poncet pratique une thyroïdectomie partielle. La tumeur représente le lobe latéral droit et le lobe médian.

La tumeur est charnue, avec plusieurs petites cavités. Les végétations du kyste principal ont, en certains points, la structure d'un néoplasme thyroïdien malin.

Suites simples. Guérison rapide.

La malade, interrogée par lettre, trois ans après l'opération, a répondu que son état général était excellent et qu'elle n'avait aucune trace de récurrence.

OBSERVATION 70

(Thèse ORCEL. Obs. XII)

Epithéliome du corps thyroïde. — Thyroïdectomie partielle

C..., Marie, 48 ans, de Bellerocche. Service de M. Poncet 1889
Depuis dix mois, tumeur du lobe gauche.

Depuis 4 mois, accidents :

Un peu de dyspnée, pas de dysphagie. Quelques crachats sanglants, tumeur du volume du poing à gauche.

Thyroïdectomie partielle. La tumeur enlevée est une épithéliome ; elle est encapsulée ; guérison opératoire.

Puis, apparition de crachats sanglants. Matité et obscurité respiratoires au sommet droit. Œdème des membres inférieurs. Généralisation pulmonaire.

*Carcinome du corps thyroïde. — Excision large.
Guérison depuis 6 ans.*

Thèse de Kopp.

Mme T., ménagère, 42 ans, Vaudoise pure ; hérédité carcinomateuse.

Cou gros depuis très longtemps. Croissance rapide depuis une attaque d'influenza, il y a cinq mois. Dès lors, oppression, voix rauque, déglutition gênée depuis peu de jours.

Tumeur très dure, en demi-lune, plus développée à droite, où elle atteint l'angle maxillaire, encore relativement mobile, présente tous les caractères cliniques du carcinome. La carotide droite englobée par la tumeur.

Diagnostic. Carcinome du corps thyroïde (confirmé par l'examen histologique, Prof. doct. Stilling.)

Opération le 11 juillet 1891. Anesthésie au chloroforme. Incision médiane, excision large, ligature de la carotide commune, section du nerf vague. La trachée étant aplatie et envahie par le néoplasme, trachéotomie, résection de cinq anneaux,

un drain, pansement ouvert. Guérison au bout de 40 jours. Résultat excellent.

La malade a été revue en août 1896, en parfaite santé. Pas trace de récurrence. Etat général excellent.

Carcinome du corps thyroïde. — Extirpation.

Guérison définitive.

Thèse de Kopp.

Mme B., ménagère, âgée de 64 ans.

Vieux goitre kystique, qui croît très rapidement depuis 6 mois. Voix cassée, oppression, gêne de la déglutition.

Gros goitre sphérique, droit et médian, encore mobile, très suspect de dégénérescence carcinomateuse. Les deux carotides englobées. Glandes sus claviculaires à gauche, dures.

Carcinome thyroïdien, confirmé par examen histologique du professeur Stilling.

Opération du 12 novembre 1891. Cocaïne, incision de Kocher. Extirpation de la tumeur et des glandes suspectes. Un drain.

Il s'agissait d'une grosse tumeur sphérique présentant un kyste à coque épaisse, dont le centre était dégénéré en carcinome.

Réunion. Cicatrice linéaire. Résultat excellent. La malade est morte d'apoplexie en 1895. Pas trace de récurrence (Dr Waleber, de Bière).

Ces deux observations sont un exemple des brillants résultats que donne parfois une large exérèse de la tumeur. Habituellement, de pareilles interventions sont suivies de la mort du malade ou d'une récurrence rapide, mais la possibilité de la guérison, en pareille circonstance, autorise ces grands traumatismes opératoires.

La thyroïdectomie totale a été pratiquée parfois avec succès, et sans apparition ultérieure de la cachexie thyroïdienne.

Goitre annulaire constricteur (épithélioma du corps thyroïde). — Thyroïdectomie totale, — Tétanie — Cachexie strumiprive passagère.

(*France Médicale*, 1889, BERGER).

Une femme de 40 ans, souffre depuis huit mois d'une sensation de constriction à la gorge, de dysphagie et d'essoufflement avec conservation d'un bon état général. Corps thyroïde petit, dur, fixe. Pas de ganglions.

Thyroïdectomie totale. Trois jours après l'opération, apparaissent des phénomènes tétaniformes qui cédèrent au chloral et au bromure de potassium.

Six semaines après, se montrèrent les premiers signes d'une cachexie strumiprive qui disparut complètement au bout de quelques semaines.

Neuf mois après l'opération, il n'y avait pas apparence de récédive.

Thyroïdectomie totale. — Epithélioma du corps thyroïde.

(VILLAR, *in thèse de Duboe*).

Jeanne S., cultivatrice, âgée de 68 ans, des Landes, entre à l'hôpital St-André, le 8 octobre 1897, pour une tumeur ulcérée du corps thyroïde.

Bonne santé antérieure.

A 40 ans, apparition vers l'angle du maxillaire inférieur de ganglions absolument indolents et ayant persisté sans modifications jusqu'à l'année dernière. Alors est survenue au-dessous du larynx une tumeur qui s'est accrue jusqu'à égaler le volume d'un œuf; elle était indolente et suivait le larynx dans les mouvements de déglutition. La peau qui la recouvrait était rouge. La malade raconte qu'une incision, ayant été pratiquée à ce niveau, laissa écouler du sang. Les bords de la plaie ne se fermèrent jamais complètement et, durant quatre ou cinq mois, ce furent des alternatives de suintement séreux et de guérison apparente.

Il y a un mois et demi, les choses s'aggravent, de petites

masses bourgeonnantes sortirent par l'incision, la tumeur primitive augmentait de volume, il y eut alors un développement rapide de ces deux masses. Disparition des ganglions à l'angle de la mâchoire. Pas de gêne de la respiration et de la déglutition, pas de dysphonie. Quelques bourdonnements d'oreilles, de passagères douleurs de tête, un peu de tendance au sommeil.

A son entrée à l'hôpital, le malade se présente avec une énorme masse, d'odeur et d'aspect repoussants, suspendue au cou.

Le long du paquet vasculo-nerveux, on trouve quelques ganglions petits et isolés, de même dans les fossettes sus-claviculaires.

Le 10 octobre 1897, M. Villar pratique la thyroïdectomie totale. La peau a des rapports intimes avec la tumeur mais peut cependant être disséquée, les veines sont très abondantes.

L'insertion inférieure du sterno-cleido-mastoïdien droit est englobée ; elle est décortiquée. Les adhérences avec la trachée ont l'air tenace, mais elles sont rompues avec délicatesse.

Les suites opératoires sont simples et la malade peut quitter l'hôpital le 31 octobre, complètement guérie.

L'examen histologique est pratiqué par M. Sabrazès. On constate d'énormes vaisseaux dilatés, et autour de ces vaisseaux, des tubes épithéliaux constitués par des cellules cubiques juxtaposées ; il s'agit donc d'un épithélioma cylindrique du corps thyroïde.

RÉSULTATS.

Les malades de M. Poncet, étaient, pour la plupart, atteints de lésions si avancées, que le traitement radical n'a pu être pratiqué qu'un petit nombre de fois. — Quatre malades sont morts des suites immédiates de l'opération (1). Sept fois la guérison opératoire survint, mais la récurrence apparut rapidement trois fois ; sur trois autres malades les

(1) Observations 39, 66, 67, 68.

renseignements ultérieurs ont manqué, un seul paraît guéri de façon définitive (Obs. 69).

Un élève du professeur Madelung, Enrique Carranza, a rassemblé, en 1897, 110 observations de tumeurs malignes du corps thyroïde, traitées chirurgicalement. Ces observations appartiennent pour la plupart à des chirurgiens allemands ou autrichiens, et se rapportent à des malades soumis à des opérations variées.

Sur ces 110 malades, 15 moururent aussitôt après l'opération, soit 13,6 0/0.

44 moururent quelques semaines ou quelques jours après l'opération.

Chez 22, la guérison opératoire survint, mais la récurrence se produisit bientôt, soit 20 0/0.

Chez 17, les suites restèrent inconnues.

Enfin, 12 seulement, sur 110, soit 10,9 0/0 eurent une guérison durable.

Si nous réunissons les 15 cas, où la mort survint immédiatement après l'opération, et les 44 cas, où la terminaison fatale ne se fit attendre que quelques semaines, nous trouvons une mortalité de 53,6 0/0.

Ces résultats, quoique peu encourageants, sont moins déplorables cependant que ceux des statistiques plus anciennes de Braun et de Rotter.

Braun trouve, sur 34 opérations, une mortalité de 64 0/0. — Rotter, en 1885, ajoute 16 cas nouveaux à ceux de Braun, et constate une mortalité de 60 0/0. — Si on réunit les cas où le malade mourut des suites de l'opération, ou d'une récurrence dans l'espace

d'une année, on voit que dans 73 0/0 des cas, le traitement a donné peu de résultats.

Braun, dans les mêmes conditions, trouva 72,7, et Rotter 84,4 (1).

Cependant, il semble, que depuis quelques années les résultats éloignés tendent à devenir meilleurs.

La connaissance des résultats totaux ne donne pas beaucoup de renseignements sur la valeur du traitement curatif, et sur la signification qu'il faut attribuer à ses conséquences si peu encourageantes. Il faut analyser davantage et examiner les suites immédiates et éloignées de chaque méthode opératoire.

1^o Résultats de la strumectomie. — L'énucléation se fait toujours dans des circonstances favorables au traitement chirurgical, car la tumeur, petite et encapsulée, se rapproche beaucoup du goitre simple avec lequel elle a été parfois confondue. Le chirurgien, en effet, ne songe à traiter un cancer par une opération aussi économique que lorsque les lésions lui paraissent très limitées, ou lorsqu'il conserve quelque doute sur leur nature maligne. C'est pour cette raison que les malades soumis à ce mode de traitement présentent des tumeurs encore au début de leur évolution, dont

(1) Il ne faut pas accorder une grande importance à ses statistiques, composées d'observations trop anciennes parfois, et surtout se rapportant à des malades, atteints de lésions très différentes et traités de manière également très variable.

l'ablation totale, sans délabrement ni choc, et la guérison complète sont logiquement possibles.

Le traumatisme opératoire est sans gravité. Dans la très grande majorité des cas, les suites immédiates sont simples, les hémorrhagies graves, les complications infectieuses locales ou générales ne se produisent pas et le malade guérit rapidement. Tout se passe donc immédiatement comme s'il s'agissait d'un goitre bénin (1).

Les choses changent, lorsqu'on étudie les résultats éloignés.

Les trois malades dont les observations ont été publiées par Brindel et Liaras virent une récurrence se produire dans la cicatrice ou dans les ganglions, au bout de 7 mois, de 8 mois, et de 19 mois. Ils furent opérés une seconde fois et guéris.

La malade de Hensell avait subi l'énucléation d'un petit goitre d'allure bénigne. Deux ans et demi après, apparut une métastase frontale.

Demons obtint une guérison rapide par l'énucléation, mais nous manquons de renseignements sur les résultats éloignés de l'opération.

Lücke opéra, en 1893, une jeune fille de 13 ans, atteinte de sarcome. La guérison fut rapide, mais, trois ans après, Madelung dut extirper une récurrence. En 1897, la guérison persistait et peut être considérée comme définitive.

La récurrence se produit parfois plus vite et revêt un caractère plus grave. Une malade de M. Poncet,

(1) Observations 63.

opérée par M. Bérard, avait un petit goitre suffocant, dont la nature était si douteuse, que hésitant entre le diagnostic de cancer ou de tumeur bénigne, M. Bérard se contenta d'une énucléation massive. La tumeur était petite, très limitée, les ganglions indemnes et le malade dans d'excellentes conditions opératoires. La plaie guérit, puis la récurrence apparut, des bourgeons se développèrent avec une telle rapidité qu'au bout de quatre mois, la malade qui se refusait à toute nouvelle intervention, était mourante.

En somme, l'énucléation a presque toujours été suivie de récurrence, conséquence bien naturelle d'une insuffisante extirpation. On ne sait jamais où s'arrêtent, dans la glande, les infiltrations néoplasiques; on ignore si la capsule n'est pas envahie et si les lymphatiques, en contact avec les parois du kyste dégénéré, ne charrient pas déjà des cellules cancéreuses. Les dangers immédiats sont presque nuls, et des exérèses ultérieures peuvent faire justice des noyaux de récurrence. Mais nous pouvons nous demander si une ablation moins économique n'aurait pas été suivie d'une guérison définitive ou plus durable.

2^o Résultats des thyroïdectomies partielle et totale. — Les malades qui ont subi ces opérations appartiennent à deux catégories distinctes : les uns sont porteurs de tumeurs encapsulées dont l'ablation n'offre pas plus de danger immédiat que celle d'un goitre simple; les autres, atteints de tumeurs plus anciennes, généralisées aux ganglions

et adhérentes aux organes voisins, sont exposés à un choc plus considérable, qui assombrit beaucoup le pronostic opératoire.

La mortalité immédiate est due à la pénétration de l'air dans les veines (Poncet, Madelung) à l'infection, à la broncho-pneumonie et parfois aux hémorrhagies. Ces complications surviennent surtout après les exérèses de néoplasme volumineux, lorsqu'il a fallu réséquer des vaisseaux, ou un morceau de la trachée, couper des nerfs et poursuivre au loin les ganglions envahis. Opérer dans ces conditions est souvent désastreux, et comme, la plupart du temps, la récurrence survient à bref délai, il est probable que les chirurgiens abandonneront de plus en plus cette catégorie de malades, qui ne peuvent pas bénéficier d'un traitement actif. Cependant, les opérateurs suisses et allemands ont eu quelques beaux succès dans des cas aussi défavorables.

Si les dangers opératoires sont plus grands, les résultats éloignés sont, au contraire, meilleurs qu'à la suite des énucléations.

A une femme de 57 ans, M. Poncet enleva un épithéliome du corps thyroïde, très limité, par une thyroïdectomie partielle. Trois ans après, la malade n'avait aucune trace de récurrence.

Roux, pour pratiquer, chez une malade, l'extirpation d'un goitre cancéreux, fut obligé de lier la carotide primitive, de couper le vague et enfin de réséquer cinq anneaux de la trachée. Cependant, la

guérison se maintenait encore six ans après l'opération.

Une autre malade, à laquelle le même chirurgien avait enlevé une tumeur maligne et des ganglions sus-claviculaires, guérit, puis, quatre ans après, mourut d'apoplexie. Il n'y avait alors aucune trace de récurrence.

Ces cas sont un bel exemple des heureux effets des exérèses généreuses, mais, à côté d'eux, il faut placer aussi les faits de récurrence rapide qui suivent fatalement les ablations incomplètes. La thyroïdectomie partielle est insuffisante lorsque la glande est envahie dans sa totalité. Chez une femme atteinte d'une tumeur thyroïdienne volumineuse, M. Bérard enleva le lobe qui paraissait dégénéré. La malade mourut de broncho-pneumonie. L'examen histologique de la partie du corps thyroïde laissée en place montra qu'il était déjà épithéliomateux et présentait des lésions analogues à celles du lobe extirpé. Si la patiente avait survécu, la thyroïdectomie partielle n'aurait nullement gêné l'évolution ultérieure du cancer.

La thyroïdectomie totale serait donc une opération beaucoup plus sûre, et, si on pouvait se passer aussi facilement de glande thyroïde que de glande mammaire, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer toujours des ablations totales. Malheureusement, la crainte du myxœdème fait hésiter les chirurgiens, de telle sorte que les observations de thyroïdectomie totale sont actuellement fort rares.

Cependant Villar, de Bordeaux, a pratiqué avec

succès cette opération sur une vieille femme de 68 ans, atteinte d'épithélioma cylindrique, et ne constatata aucun phénomène myxœdémateux.

Une malade de Marchand, quinze mois après une thyroïdectomie totale, était en excellent état.

Berger fit une thyroïdectomie totale chez une malade qui guérit promptement. Six semaines après se montrèrent des symptômes de cachexie strumiprive, qui disparurent en quelques semaines. Au bout de neuf mois, on ne constatait aucune trace de récurrence. Ces faits sont malheureusement exceptionnels.

Cependant, le professeur Carle a extirpé 8 fois la glande thyroïde tout entière. Trois malades moururent rapidement après l'opération; trois autres succombèrent de 3 à 6 mois après; deux enfin sont encore vivants. Un seul malade a présenté des phénomènes de cachexie strumiprive.

En résumé, *dans les goitres malins intra-capsulaires, la thyroïdectomie partielle, donne d'aussi bons résultats immédiats que dans les goitres bénins.*

Lorsque la tumeur a franchi la capsule et envahi les organes voisins, c'est une opération très grave, qui entraîne à des résections étendues d'organes importants, tout en restant souvent incomplète.

Dans l'un ou l'autre cas, lorsqu'il est possible de tout enlever, on constate des survies prolongées et peut-être des guérisons complètes. Dans les cas de dégénérescence massive, la thyroïdectomie totale serait le traitement de choix, si la suppression de la

thyroïde ne provoquait pas des accidents graves. Cependant, les observations publiées jusqu'à présent montrent qu'il est possible de réaliser cette extirpation totale sans phénomènes bien dangereux et on peut se demander si, en présence de l'évolution fatalement mortelle du cancer thyroïdien, il est nécessaire de redouter si fort la venue hypothétique de la cachexie strumiprive.

3^o Amélioration possible de ces résultats.

a. *Le diagnostic trop tardif du cancer thyroïdien est la principale cause de l'insuccès du traitement chirurgical.* Lorsque les malades arrivent à l'hôpital, leurs lésions sont habituellement si avancées qu'il est impossible de tenter la cure radicale du néoplasme. Chez quelques malades seulement, l'état local et général permet une éradication complète et, le plus souvent encore, dans de mauvaises conditions, parce que la tumeur a diffusé déjà dans le cou et s'est généralisée dans les ganglions. C'est alors qu'il faut recourir à ces opérations étendues, qui sont un traumatisme grave, au prix duquel cependant les malades sont loin d'être à l'abri d'une récursive.

L'issue déplorable d'opérations faites dans de telles conditions ne doit pas nous étonner. Les organes voisins et les chaînes ganglionnaires sont envahis, les métastases se sont parfois installées dans les viscères ou les os, le cancer a pris une avance trop grande pour qu'il soit possible de l'arrêter. Cepen-

dant, lorsque le diagnostic et l'intervention ont été assez précoces pour atteindre la tumeur, au moment où elle est encore encapsulée, les suites immédiates et éloignées ont été beaucoup plus favorables. Les observations de MM. Poncet, Demons, Villar, Carle, en sont un exemple.

Par conséquent, les résultats deviendront meilleurs lorsque les malades seront opérés pendant la première période de l'évolution du cancer, lorsqu'il est encore enfermé à l'intérieur de la glande et ne s'accompagne d'aucune généralisation. Cette période, toujours insidieuse, peut être longue ou courte, se prolonger pendant plusieurs mois ou durer à peine quelques semaines, mais elle existe toujours et c'est à ce moment qu'il faut opérer.

Malheureusement, il est difficile de dépister le cancer à ce premier stade de son développement, et c'est pour cette raison que les médecins le laissent grandir, en le considérant comme un goitre simple, ne reconnaissant leur erreur qu'au moment où il commence à envahir le cou et les ganglions, et où les conditions opératoires sont devenues défavorables.

Si on veut faire œuvre utile, il ne faut pas attendre cette période. *On doit se contenter de signes de probabilité et enlever les tumeurs thyroïdiennes dès qu'elles deviennent suspectes.* Il en est du cancer de la thyroïde comme du cancer de l'intestin, par exemple. Lorsqu'il s'agit de faire une extirpation complète et d'obtenir une guérison définitive, on est obligé de faire une laparotomie, qui risque d'être

seulement exploratrice, parce que le diagnostic ne peut pas être absolument certain. Dans le cancer thyroïdien, il faut aussi opérer au début, au moment où la dégénérescence maligne ne se traduit souvent que par des signes de probabilité. Assurément, on enlèvera de temps en temps, des goitres simples, auxquels l'âge du malade, une hémorrhagie intrakystique, ou une inflammation légère, auront donné une allure menaçante.

Mais l'erreur même est utile, car le chirurgien a rendu service à son malade en le débarrassant d'une tumeur dont la dégénérescence maligne est toujours à redouter à partir d'un certain âge.

2^o *La seconde cause d'insuccès du traitement chirurgical est l'insuffisance de l'intervention.* — Dans toute une catégorie de cas, il est impossible de faire une ablation suffisante, parce le bistouri ne peut pas atteindre tous les prolongements de la tumeur qui se cachent derrière la trachée ou l'œsophage, autour des vaisseaux et dans la chaîne ganglionnaire.

Dans les cas vraiment opérables, des opérations trop économiques ont été suivies de récurrence au bout de quelques mois. Et, cependant, il s'agissait de formes très favorables.

L'énucléation est rarement suffisante, l'expérience a montré que la capsule constitue souvent une barrière incomplète et que la récurrence se produit presque toujours après cette opération trop économique. La thyroïdectomie partielle convient aux cancers limités en un point de la glande ; elle permet de

dépasser largement les limites du mal, mais elle est impuissante contre les formes massives qui ne sont justiciables que de la thyroïdectomie totale.

En résumé l'inutilité habituelle du traitement du cancer thyroïdien est due, en partie, à ce qu'on opère trop tard et, par suite, d'une manière insuffisante.

Lorsque les interventions seront plus précoces et plus larges ces résultats deviendront meilleurs et la possibilité de cette amélioration est bien montrée par les cas favorables de M. Poncet, de Boeckel, de Demons, de Madelung, de Carle, etc...

B. — TRAITEMENT PALLIATIF. — PROCÉDÉS ET RÉSULTATS

PROCÉDÉS

I. — Cathétérisme de l'œsophage. — La difficulté de la déglutition est due soit à un simple spasme, soit à une compression directe de l'œsophage par un lobe thyroïdien dégénéré, ou même par l'envahissement de la paroi. Dans le premier cas, le passage du tube de Faucher, ou de l'explorateur à boule olivaire suffit parfois à rétablir la perméabilité de la voie œsophagienne pour plusieurs jours. Dans le second cas, il devient nécessaire d'alimenter le malade de manière artificielle. Comme le passage répété de la sonde présente de multiples inconvénients, il convient de se servir d'une sonde de petit calibre, qui est attirée

au dehors par les fosses nasales et fixée à demeure. Les malades supportent habituellement cet appareil avec une assez grande facilité.

L'introduction d'un cathéter peut donner lieu à des incidents plus ou moins graves, car la paroi œsophagienne envahie est d'une friabilité telle, qu'une pression même légère est capable de l'effondrer et de provoquer ainsi les plus graves désordres.

Chez un malade de M. Poncet, on vit, à l'autopsie, la paroi antérieure de l'œsophage transformée en une bouillie néoplasique, qui, sous une légère pression de l'index, tomba dans la trachée, établissant ainsi une large communication entre les deux conduits.

II. — Trachéotomie. — Il est souvent impossible de se servir des canules ordinaires qui sont trop courtes.

Le bistouri traversant une grande épaisseur de tissu, avant d'arriver sur la trachée, il est nécessaire d'employer de longs tubes. M. Poncet a fait construire, sur le modèle de Krishaber, des canules qui ont une longueur de douze centimètres. La canule interne est munie d'un manche qui permet de la manier avec une grande facilité.

Lorsque la tumeur comprime la trachée jusque dans le voisinage de sa bifurcation. On peut alors, à l'exemple de M. Jaboulay, se servir d'une sonde œsophagienne et la faire pénétrer autant qu'il est nécessaire. D'ailleurs, si on est obligé de recourir à ces procédés exceptionnels, les lésions sont

telles que la terminaison fatale ne se fait pas attendre.

Le manuel opératoire doit être parfois modifié. Sur la ligne médiane, on fait une longue incision verticale qu'il ne faut pas craindre de transformer, par une section transversale, en incision cruciforme, de manière à opérer à ciel ouvert, en voyant bien toute la région antérieure du néoplasme. Si la tumeur a rejeté la trachée sur les parties latérales, il convient de modifier le siège de l'incision, et de pratiquer une incision analogue à celle de la ligature de la carotide externe.

Au moment, où il s'agit d'aller à la recherche de la trachée, l'opérateur rencontre souvent de sérieuses difficultés, parce que le conduit laryngo-trachéal est caché sous les masses bourgeonnantes de la tumeur, ou enserré dans une gangue de tissu inextensible, à travers lequel il est impossible de sentir de façon nette les organes sous-jacents

MM. Poncet et Orcel conseillent de fendre verticalement le néoplasme sans s'inquiéter de l'hémorragie, que les pinces hémostatiques arrêtent assez facilement, et de rechercher la trachée plus ou moins ramollie au milieu de ces tissus friables ou très résistants, exploration laborieuse et pénible et qui n'est pas toujours suivie de succès, comme le prouve l'observation suivante de Paul Koch :

Tumeur thyroïdienne chez un sujet de 60 ans. Dyspnée. Trachéotomie au bistouri en traversant toute l'épaisseur du néoplasme. Malgré les difficultés de recherche, l'épaisseur de la tumeur, et la déviation de la trachée, cette dernière est, cepen-

dant, incisée. Pas de sifflement. Difficultés inouïes pour introduire la canule, et dans les manœuvres, la cloison trachéo-œsophagienne est perforée. Mort 12 heures après.

Dans beaucoup de cas, la suppression de l'obstacle interposé entre le bistouri et la trachée s'impose, si l'on veut trouver facilement le conduit aérien. On peut y arriver de deux manières différentes. Lorsque la tumeur est friable, on s'ouvre une route dans la profondeur, en l'extirpant fragments par fragments, à l'aide du doigt ou d'une curette. Si c'est un kyste qui gêne les approches du conduit laryngo-trachéal, on incise sa paroi antérieure, on le vide de son contenu, liquide ou matière puriforme et diffuente, et, à travers sa paroi postérieure, il devient possible de sentir la trachée, qui est alors incisée. Le second procédé consiste à soulever la tumeur de bas en haut, à faire ainsi une exothyropexie préalable, qui dégage la face antérieure du conduit laryngo-trachéal et permet de l'aborder directement. Chez un homme de 60 ans, atteint de tumeur maligne thyroïdienne avec phénomènes dyspnéiques, M. Maurice Pollosson fit une exothyropexie, puis, passant deux fils dans le lobe médian, il l'attira en haut, le souleva au-dessus du sternum et découvrit la trachée qu'il incisa. Une longue canule fut introduite. Le malade mourut six jours après.

L'ouverture du conduit aérien se pratique soit au niveau de la trachée, soit à travers le cricoïde ou le cartilage thyroïde.

L'envahissement de la trachée par le néoplasme rend très difficile l'introduction de la canule. C'est

alors que deviennent utiles les canules très longues ou même la sonde œsophagienne, lorsque la tumeur descend bas, et comprime la trachée jusqu'à sa bifurcation.

L'intercrico-thyroïdienne est conseillée par Krishaber à cause de la fixité du point de repère cricoïdien et du non-envahissement de la région par le néoplasme. Il faut, naturellement se servir des longues canules de Poncet, pour dépasser le point sténosé.

OBSERVATION 71

In thèse ORCEL. Obs. IX.

Cancer thyroïdien. — Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Sujet de 35 ans. Tumeur thyroïdienne et troubles respiratoires depuis 4 mois. Ganglions, dysphagie, dysphonie. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. A l'incision médiane, issue d'une matière cancéreuse jaunâtre. Section des masses néoplasiques. En enlevant la couche profonde avec le doigt, sifflement indiquant la perforation de la membrane crico-thyroïdienne. Incision et pose de la canule. Légère amélioration. Diagnostic histologique : sarcome.

On est obligé parfois d'inciser le cartilage cricoïde, comme il est arrivé chez une femme de 62 ans, atteinte de cancer thyroïdien, avec des noyaux secondaires dans les jumeaux et le soléaire. La tumeur empêchant d'aborder la trachée au niveau des premiers anneaux, on fit une cricotomie et on

introduisit une canule très longue pour dépasser le point de la trachée comprimé par la tumeur. Mort de cachexie 13 jours après l'opération.

Lorsque le néoplasme remonte très haut, il vaut mieux inciser au-dessus, dans un espace libre, de crainte de se perdre dans la tumeur. C'est ainsi que M. Jaboulay pratiqua la thyrotomie chez un malade dont le cancer s'étendait depuis le larynx jusqu'à la bifurcation de la trachée, de telle sorte que, malgré l'introduction d'un tube de caoutchouc, qui pénétrait de 12 cent., le patient mourut dans la soirée.

OBSERVATION 72

*Cancer thyroïdien. — Développement énorme des ganglions.
Trachéotomie. — Mort.*

M. X..., âgé de 65 ans, vient consulter M. Poncet, au mois d'avril 1900, pour une tumeur de la région thyroïdienne, accompagnée de troubles respiratoires.

C'est un homme vigoureux, dont le passé pathologique est à peu près nul. Il est marié et a des enfants en bonne santé. Il habite dans un pays où on observe quelques goîtres, mais aucune personne de sa famille n'en est atteinte.

Jamais il n'a été malade. Ce n'est que vers l'âge de 55 ans, qu'il remarqua, sur le côté gauche de son cou, l'existence d'une petite tumeur, indolente et roulant sous le doigt. Il n'y accorda d'abord aucune attention. Elle augmenta de manière progressive et, au bout de quelques années, elle possédait le volume du poing. Cet accroissement se fit très lentement, sans provoquer jamais ni douleurs ni troubles de la respiration ou de la déglutition.

Il y a 6 ans, le malade vit un médecin de Lyon qui lui conseilla de se faire enlever cette tumeur. L'absence de douleur et de gêne l'empêcha de donner suite à ce projet.

La scène changea, il y a deux mois seulement. En arrière de la tumeur apparurent de petites masses bosselées qui, très rapidement, prirent un volume considérable et se présentèrent sous la forme d'une grosse tumeur multilobée qui, descendait jusqu'à la clavicule, en bas, et atteignait, en arrière, la région de la nuque. En outre, du côté droit, quelques ganglions de la chaîne carotidienne prirent un volume anormal. Cette évolution rapide provoqua immédiatement des troubles respiratoires, dyspnée continue, sans troubles marqués de la déglutition ni de la phonation.

Puis, il y a dix jours, le malade commença à éprouver des douleurs irradiées dans la tête et dans le cou du côté correspondant à la tumeur, la dyspnée devint menaçante, et le malade se décida à entrer à la maison de santé.

On constate alors les symptômes suivants : toute la région latérale gauche du cou est occupée par une très grosse tumeur qui se prolonge depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, dans le sens vertical, et dans le sens antéro-postérieur, depuis la région de la nuque, jusqu'à la ligne médiane qu'elle dépasse largement.

La peau est normale, le réseau veineux sous-cutané très apparent.

Les téguments paraissent soulevés par une tumeur de surface irrégulière et bosselée, de consistance dure. Cette tumeur se compose de deux parties ; la partie antérieure, du volume d'une orange, s'est développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde ; la partie postérieure, beaucoup plus volumineuse, ressemble plutôt à un paquet de ganglions extrêmement hypertrophiés. En outre, sur le côté droit du cou, on sent une masse du volume d'un œuf.

La trachée et le larynx sont fortement déviés à droite.

La respiration est très pénible. Pas de dysphagie. Pas de troubles oculo-pupillaires.

Pas de signes de compression du côté des vaisseaux, du grand sympathique, du pneumogastrique, des plexus cervical et brachial.

L'état général est excellent. Le malade n'est nullement amaigri, et se plaint seulement de gêne dans la respiration.

Cette gêne devient si grande que M. Poncet est obligé de pratiquer une trachéotomie, le 13 avril 1900.

Il fait une incision latérale droite, rendue nécessaire par la déviation de la trachée, et coupe les tissus néoplasiques interposés entre les téguments et le conduit laryngo-trachéal.

Au milieu de ces tissus vasculaires et friables, la recherche du conduit est difficile. Cependant, M. Poncet place rapidement dans la trachée une large canule de 12 cent.

Les accidents dyspnéïques disparaissent immédiatement.

Le lendemain, le malade respire avec facilité; l'état général est excellent. Un peu de gêne dans la déglutition.

Puis la température s'élève, et la respiration devient plus difficile. Cependant, le malade peut retourner chez lui, où il meurt quelques jours après.

OBSERVATION 73

(In thèse ORCEL).

Goitre cancéreux suffocant. — Trachéotomie.

Mort 8 jours après.

Mme P..., 46 ans, bonne santé antérieure. Augmentation de volume du cou depuis plusieurs années. Il y a deux mois, accroissement rapide, dyspnée, dysphonie, douleurs. Actuellement, hypertrophie uniforme de la glande, sans bosselures. déviation de la trachée, céphalée, voix éteinte, dyspnée. Trachéotomie. Mort au bout de 8 jours.

Autopsie. — Tumeur mollassée, très vasculaire, encastrant la trachée. Prolongement entre la trachée et l'œsophage, ganglions, noyaux pulmonaires. Examen histologique : épithéliome thyroïdien.

OBSERVATION 74

(Thèse ORCEL, Obs. III).

*Cancer du corps thyroïde. — Trachéotomie — Mort.
Métastases dans le foie et le poumon.*

C..., Claudine, 57 ans, de Pontcharra (Rhône). Service de M. Poncet, 1886.

Hypertrophie thyroïdienne ancienne. Depuis trois mois, tuméfaction et douleurs de la poignée sternale, puis du corps thyroïde. Amaigrissement.

Etat actuel. — Grosse tumeur thyroïdienne, quelques ganglions en arrière, poignée sternale bosselée.

Dyspnée. Dysphagie. Raucité de la voix datant de deux ans. Trachéotomie. Mort une demi-heure après.

Autopsie. — Gros néoplasme thyroïdien. Ganglions médiastinaux. Carcinome inclus entre les deux lames de la poignée du sternum. Trachée en fourreau de sabre. Sommet de l'infundibulum pharyngien entouré d'un anneau cancéreux. Bourgeon néoplasique à la partie supérieure de l'œsophage. Métastases dans le foie et le poumon.

Epithéliome thyroïdien.

OBSERVATION 75

(Thèse ORCEL, Obs. XIII).

Cancer du corps thyroïde. — Trachéotomie. — Génération dans le médiastin et les poumons.

M..., Louise, 65 ans, d'Attignat (Savoie), service de M. Poncet, 1886.

Goître depuis vingt ans. Marche rapide depuis trois mois et demi.

Tumeur volumineuse à gauche, peau lie de vin, œdème.

Compression de la trachée et du grand sympathique. Douleurs céphaliques. Température 38° 2 à 39°. Incision et ouverture d'une poche kystique. Quinze jours après, trachéotomie. Mort le soir.

Autopsie. — Dégénérescence sarcomateuse du lobe gauche.

Quelques noyaux dans le lobe droit. Un noyau dans la trachée. Métastases pulmonaires. Gros ganglions médiastinaux.

OBSERVATION 75

Cancer thyroïdien. — Laryngotomie. — Mort.

B... François, 68 ans, comptable à Voiron (Isère), salle Saint-Joseph, juin 1891.

Goitre ancien. Accroissement brusque, il y a trois mois. Gêne de la respiration depuis trois semaines. Pas de dysphagie. Fièvre. Grosse tumeur thyroïdienne, dure et bosselée. Ganglions. Les accès de suffocation nécessitent une laryngotomie. Mort trois jours après.

Autopsie. — Tumeur se prolongeant jusqu'à la bifurcation de la trachée, ramollie au centre. Ganglions. Un point de sphacèle à la partie postérieure de la trachée, met sa lumière en communication avec la tumeur.

III. — Tubage. — Nous ne connaissons pas de malades chez lesquels on ait tenté le tubage pour combattre les accidents respiratoires du cancer thyroïdien. Il semble, d'ailleurs, que ce mode de traitement promette d'être plus inefficace encore que la trachéotomie. Dans son important ouvrage sur le tubage et la trachéotomie en dehors du croup, Sargnon (1) a abordé cette question et pense que

(1) SARGNON. — Thèse de Lyon 1899.

« même avec les longs tubes de Schrötter, le tubage
« est contre-indiqué à cause du ramollissement de
« la trachée, qui est alors facilement perforable,
« de l'incurabilité de la lésion, de la généralisation
« de la tumeur à la trachée, d'où hémorrhagies
« graves possibles ».

IV.— Incisions circumthyroïdiennes et libération longitudinale de la trachée. — Lorsqu'une tumeur se développe au niveau du corps thyroïde, elle est gênée dans son accroissement par les aponévroses et les muscles de la région antérieure qui la brident solidement et s'opposent à son expansion au dehors. Cette augmentation de tension intra-cervicale, aplatit la trachée et provoque les accidents respiratoires.

Les méthodes précédentes cherchent à rétablir la perméabilité trachéale par le passage d'un tube rigide. On peut arriver au même résultat par un procédé différent. Si on sectionne les plans superficiels, de manière à dégager la tumeur et à lui permettre de végéter à l'extérieur, elle ne comprimera plus la trachée, et celle-ci pourra recouvrer son calibre normal. C'est l'idée qui inspira à M. Poncet les incisions circumthyroïdiennes qui lui ont donné quelques bons résultats lorsque la nature et l'étendue de la lésion rendaient impossible tout autre mode de traitement.

D'ailleurs, cette méthode a déjà fait ses preuves entre les mains des chirurgiens d'autrefois. Pour diminuer la dyspnée produite par les goitres sim-

ples, Liston, en 1839, incisait les insertions claviculaires du sterno-mastoïdien ; Dupuytren et Bonnet pratiquaient la section des muscles et des aponévroses du cou, et la tumeur pouvait se développer à l'aise, sans appuyer sur la trachée.

M. Poncet, appliquant ce procédé au cancer thyroïdien, a réglé de la manière suivante les temps de l'opération :

1^{er} temps. — Incision en croix, comme dans une extirpation totale de la glande.

L'incision verticale, subordonnée à la dimension de la tumeur, doit, en principe, aller du sommet du cartilage thyroïde à la fourchette sus-sternale. Quant à l'incision horizontale qui la coupe perpendiculairement, à peu près au niveau de l'isthme, au milieu de son diamètre transversal maximum, elle s'étendra du bord interne d'un sterno-mastoïdien à l'autre.

Cette première incision comprend la peau, le peaucier.

2^e temps. — Décollement et section complète avec des ciseaux, sur l'index faisant office de sonde cannelée, des muscles sus sternaux de chaque côté, et de leurs gaines aponévrotiques.

3^e temps. -- Décollement, soulèvement avec la pulpe de l'index des parties profondes de la tumeur. Déchirure des brides cellulaires. Ces diverses manœuvres doivent être faites avec précaution, en raison du voisinage d'organes importants, particulièrement des gros troncs vasculaires.

4^e temps. — Réunion par des sutures des bords seuls de la peau.

La circumtomie, ainsi pratiquée, soulage toujours les malades de manière notable, et il vaut mieux recourir à ce procédé qu'à la trachéotomie qui est une opération grave, surtout dans les cancers massifs qui enserrant les organes sous-jacents.

La *libération longitudinale* de la trachée, que M. Adenot a proposée, en 1897, dans sa communication au Congrès de chirurgie, repose sur le même principe : séparer les arceaux cartilagineux du néoplasme qui les écrase et leur permettre ainsi de reprendre leur calibre normal.

Le manuel opératoire est très simple. Après avoir abordé la tumeur par une incision longitudinale, on sectionne en travers les muscles du cou, et on dissèque le cartilage cricoïde et les premiers anneaux. La dyspnée peut disparaître alors de manière définitive.

Son emploi est contre-indiqué dans les cancers annulaires à prolongements postérieurs, dans les ramollissements néoplasiques de la trachée, dans les cancers situés trop bas, et enfin dans les goîtres vasculaires à développement très rapide.

Il doit réussir surtout dans les cancers massifs, à forme squirrheuse, formant une cuirasse qui étouffe les organes profonds, car il peut donner une survie inespérée, et remplacer avantageusement la trachéotomie.

OBSERVATION 76

(Thèse ORCEL. — Obs. XIV).

Cancer aigu du corps thyroïde. — Mort au bout de 5 mois.

G..., Jean, 36 ans, de St-Genis-les-Ollières (Rhône). Service de M. Poncet, 1889.

Il y a un mois et demi, apparition d'une tumeur dans le lobe gauche. Accroissement rapide depuis trois semaines. Tumeur du volume d'une grosse orange, irrégulière, sur le lobe gauche. Gros ganglions carotidiens. Douleurs, dysphagie, dyspnée. Pas de dysphonie. Pas de température. Incision cruciforme, dissection et isolement de la tumeur, sans extirpation.

Amélioration. Le malade quitte l'hôpital. Mort trois mois après.

OBSERVATION 77

Cancer thyroïdien. — Libération de la trachée.

F..., Michel, 41 ans, cultivateur à Chirin, entre le 29 septembre 1897 dans le service de M. Poncet.

Antécédents. — Pas de goitre dans sa famille, quelques-uns dans son pays. Bonne santé antérieure.

Début de la maladie. — Depuis sept mois apparition d'une petite tumeur dans le lobe gauche du corps thyroïde. Augmente rapidement et atteint un volume considérable.

Signes physiques. — Tumeur occupant le lobe médian et le lobe gauche, se prolongeant du bord inférieur du cartilage thyroïde à la fourchette sternale. Cette tumeur est bosselée, de consistance très dure, non adhérente à la peau amincie à ce niveau, suit incomplètement les mouvements du larynx. Le larynx est déjeté à droite. Ganglions sus-claviculaires gauches² engorgés. A l'examen laryngoscopique, paralysie de la corde

vocale gauche; la glotte est déjetée à droite. Rétrécissement de la partie supérieure de la trachée par compression latérale du côté droit.

Signes fonctionnels. — Dyspnée, dysphonie, dysphagie, douleurs. Cachexie.

Opération. — Incision médiane. Masse lardacée, peu vasculaire. Débridement et libération de la trachée. Amélioration de la déglutition et de la respiration.

OBSERVATION 78

(ADENOT. Congrès de Chirurgie, 1897.)

Libération de la trachée.

Une femme de 61 ans présentait, depuis six mois environ une tumeur thyroïdienne accompagnée de douleurs violentes, irradiées dans toute la tête, de dysphagie, et de dyspnée très vive.

M. Adenot, connaissant la gravité de la trachéotomie comme traitement du cancer, tenta la libération de la face antérieure de la trachée.

Longue incision descendant jusqu'au sternum. Décollement des muscles antérieurs du cou et section en travers de ces muscles du côté gauche où la tumeur était plus volumineuse. On enlève une partie du lobe médian de cette tumeur qui se prolonge sous le sterno-mastoïdien et fait corps avec de gros ganglions adhérents et friables. Il est impossible d'extirper les masses latérales et on se contente de disséquer le cartilage cricoïde et les quatre ou cinq premiers anneaux de la trachée; la compression trachéale n'existe plus.

Il fallut pratiquer la ligature d'une grande quantité de vaisseaux veineux et artériels. Tamponnement maintenu par une forte suture de contention.

Les suites opératoires furent excellentes. La dyspnée disparut de façon définitive, la malade, ayant repris sa profession de vendeuse de fleurs, pouvait faire sans se fatiguer des courses d'une certaine durée.

M. Adenot revit cette malade quatre mois après l'opération. Son état était bon, les ganglions avaient augmenté de volume, mais il n'existait aucune gêne respiratoire, et la voix était normale. On voyait sur la face antérieure du cou une cicatrice déprimée, de 6 à 7 centimètres de longueur, en forme de rigole verticale. Cette rigole était limitée dans la profondeur par la trachée dont on pouvait sentir la surface annelée.

Cette femme mourut de généralisation cancéreuse huit mois après l'opération.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Martel. Il s'agit d'un adénome végétant du type embryonnaire avec tendance à l'infiltration ; c'est une forme assez voisine du carcinome alvéolaire.

OBSERVATION 79

Cancer thyroïdien. — Incision.

C. . . , Jean-Marie, 46 ans, mineur, de la Loire ; entre dans le service de M. Poncet au mois de novembre 1895.

Depuis six mois, apparition d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, dure et indolore qui occupe la région sous-hyoïdienne et s'accroît d'abord très lentement. Puis augmentation rapide, toux et raucité de la voix, crachats sanglants.

Actuellement tumeur énorme rénitente et bosselée, s'étend du maxillaire à la clavicule. Peau violacée. Larynx et trachée fortement déviés. Douleurs céphaliques, dyspnée, dysphagie, crachats sanglants très fréquents. Pas d'autres phénomènes de compression nerveuse.

Incision des parties molles, ouverture d'une poche qui est marsupialisée. Légère amélioration. Mort au bout de quelques semaines.

V. — Soulèvement de la tumeur et exothyropexie. — Dans la classe des opérations palliatives, se trouve la manœuvre employée par Bonnet, pour combattre les accidents de suffocation provoqués par les goîtres, qui consistait à soulever la tumeur interposée entre le sternum et la trachée. Dans le cancer thyroïdien, ce procédé parfois a rendu des services. Orcel, cite le cas observé par MM. Poncet et Teissier, d'un sujet de 54 ans, atteint de dyspnée très grave provoquée par un néoplasme thyroïdien, et qui fut tellement amélioré par le soulèvement qu'il mourut d'épuisement et non de cachexie (Obs. VII d'Orcel). La plupart du temps, les tumeurs du corps thyroïde contractent avec les organes voisins des adhérences telles que la mobilisation du néoplasme n'est pas possible, d'autant plus que la compression du conduit aérien est produite surtout par les masses néoplasiques glandulaires ou ganglionnaires, qui infiltrent le médiastin.

Cette manœuvre est d'ailleurs remplacée aujourd'hui par l'*exothyropexie* de Jaboulay qui, par la mise à l'air d'un lobe thyroïdien, supprime la compression trachéale, et peut faire disparaître définitivement la dyspnée.

L'exothyropexie, comme chacun le sait, consiste à luxer et à maintenir au dehors le corps thyroïde, mis à découvert par l'incision des parties molles au devant de lui. C'est, dans le cancer thyroïdien, une opération d'urgence, qui réalise la décompression du cou.

Son *manuel opératoire* est, lorsqu'il s'agit de

tumeur maligne, un peu plus compliqué que dans le goitre simple. Après incision médiane allant du cartilage cricoïde à la fourchette sternale, on agrandit l'ouverture médiane avec les doigts. Les muscles et les aponévroses sont réclinés à droite et à gauche, et mêmes coupés transversalement, s'ils résistent. Les doigts achèvent alors la dénudation des lobes latéraux et peuvent éprouver alors les plus grandes difficultés à cause des nombreuses adhérences qui existent souvent entre le néoplasme et les organes du voisinage. Puis, le lobe, isolé est attiré à l'extérieur entre les lèvres de la plaie et recouvert d'un pansement. Les complications sont fréquentes.

1^o Impossibilité de la luxation. — Lorsque la tumeur est fixée aux vaisseaux ou à la trachée par un prolongement postérieur, la luxation est rendue impossible.

Dans les cas de strume maligne à prolongement intra-thoracique, il peut arriver que les vaisseaux très adhérents aux parties voisines s'opposent à la mobilisation des lobes. M. Jaboulay a proposé la résection de la poignée du sternum qu'il a pratiquée lui-même une fois chez un homme de cinquante ans, porteur d'une tumeur avec lobe plongeant, immobilisé derrière le sternum et aplatisant la trachée. Il procéda à l'ablation par fragmentation du sternum. On vit alors nettement les adhérences au péricarde et au tronc veineux brachio-céphalique. Le lobe fit immédiatement saillie entre les

lèvres de la plaie osseuse et, dégageant la trachée par cette projection en avant, rendit la respiration facile.

2^o *Hémorrhagie.* — Dans les goitres ordinaires, l'hémorrhagie peut être évitée, si l'on procède avec précaution à l'incision des parties molles et à la luxation des lobes ; il n'en est pas ainsi dans le cancer. Celui-ci est très adhérent aux tissus voisins, et très vasculaire, de telle sorte que dans les manœuvres d'extraction, les veines se déchirent et saignent. C'est ainsi que chez un jeune homme, atteint d'épithélioma thyroïdien, l'exothyropexie, faite par M. Maurice Pollosson, s'accompagna d'une déchirure de la veine thyroïdienne moyenne et d'une hémorrhagie grave, qui contribua, avec les troubles respiratoires, à tuer rapidement le malade.

La nature des lésions dans le goitre malin fait de l'exothyropexie une opération palliative dont les résultats sont problématiques et, dans tous les cas, de très courte durée. Comme les troubles respiratoires sont dus souvent à des compressions intrathoraciques ou à un envahissement de la paroi elle-même par le néoplasme, la luxation de la glande, en amenant une décompression, améliore la situation du malade de façon passagère. Dans tous les cas que nous avons observés, l'exothyropexie a précédé la mort de quelques heures ou de quelques jours.

Il existe cependant des observations plus favorables et même M. Jaboulay a vu, à la suite d'une exo-

thyropexie, des noyaux métastatiques pulsatiles s'affaiblissent et diminuent de volume. C'est un fait paradoxal, car une intervention incomplète sur un néoplasme donne habituellement une activité nouvelle à son évolution, mais il est impossible de douter de la véritable nature de la tumeur, le malade étant mort, quelques mois plus tard, de généralisation pulmonaire.

OBSERVATION 80

(Thèse ORCEL, obs. VII).

Cancer thyroïdien. — Soulèvement de la tumeur. — Pas de métastases.

L..., Marie, 54 ans, de Saône-et-Loire. Service de M. Teissier, 1888.

Goitre depuis l'âge de 25 ou 30 ans. Augmentation progressive de volume. Depuis quelques années, oppression, palpitations, exophtalmie, amaigrissement et perte des forces.

Grosse tumeur thyroïdienne, peu adhérente. Développement rapide du lobe gauche. Dyspnée qui diminue par le soulèvement de la tumeur. Cachexie, mort.

Autopsie. — Tumeur du volume du poing, plongeant dans le médiastin. Ganglions carotidiens d'aspect cancéreux. Pas d'autres généralisations.

Diagnostic histologique. — Épithéliome thyroïdien.

OBSERVATION 81

(Due à l'obligeance de mon ami VIANNAY, interne des Hôpitaux.)

Exothyropexie. — Épithéliome du corps thyroïde. — Tracheotomie. — Mort.

Jean T..., âgé de 15 ans, entre, au mois de novembre 1899, dans le service de M. le professeur Pollosson. Il est por-

teur d'un goitre volumineux ayant débuté il y a 6 ans. On est mal renseigné sur l'évolution de la tumeur ; l'enfant est trop malade pour donner des renseignements. On sait seulement qu'à plusieurs reprises, il a présenté des accidents dyspnéiques, semblables à ceux dont il est atteint aujourd'hui.

Actuellement, cet enfant porte un goitre, du volume d'une grosse orange, développé dans le lobe droit du corps thyroïde. La peau qui le recouvre a son aspect normal ; elle est sillonnée de grosses veines très dilatées. A droite, on voit et on sent battre sous la peau et derrière la tumeur, la carotide externe refoulée et soulevée par elle. A la palpation, la tumeur est d'une consistance charnue, un peu dure. Très peu mobile dans le sens latéral, elle suit à peine le mouvement d'ascension du larynx pendant la déglutition, et elle semble se prolonger en arrière du sternum.

Le petit malade est en proie à une dyspnée vive, avec coruage intense et tirage sus-sternal.

Pas de troubles de la phonation.

C'est un enfant de petite taille, maigre et chétif aux muqueuses décolorées ; il est en imminence d'asphyxie.

Tentative d'anesthésie à l'éther. Dès les premières inhalations la respiration devient irrégulière, cyanose et arrêt de la respiration. Exolthyropexie rapide : on luxé le lobe gauche et le lobé droit et puis le lobe plongeant rétro-sternal ; il se produit alors une abondante hémorrhagie. La respiration ne se rétablissant pas, on fait une trachéotomie.

Au bout de quelques minutes le malade se ranime, mais l'hémorrhagie continue, la respiration est défectueuse. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, la tumeur thyroïdienne se compose de trois lobes. Le lobe droit, très volumineux, est encore en grande partie sous les téguments. La veine thyroïdienne moyenne très courte, a attiré dans la plaie la veine jugulaire interne qui se trouve sectionnée en partie. Les organes voisins ne sont pas envahis. Pas d'adhérences aux vaisseaux ; quelques gros ganglions en contact avec le paquet vasculo-nerveux. La trachée est aplatie.

Tous les autres organes sont sains.

Sur une coupe, le corps thyroïde présente un aspect granu-

leux, il est plus dur, et d'une coloration plus grise qu'à l'état normal. L'examen histologique, fait par M. Dor montre qu'il s'agit d'un épithéliome du corps thyroïde.

OBSERVATION 82

JABOULAY *Lyon médical* (1896)

Cancer du corps thyroïde. — Ablation de la poignée du sternum

Homme de 50 ans, atteint de tumeur thyroïdienne, avec lobe médian plongeant derrière le sternum et provoquant des crises d'asphyxie. Dénudation et mise à l'air des lobes supérieurs. Le lobe médian étant immobilisé derrière le sternum, M. Jaboulay résèque le manubrium. Le goitre adhérent au péricarde et aux gros vaisseaux fait saillie dans la brèche osseuse, La respiration devient facile.

OBSERVATION 83

Goitre. Exothyropexie. Développement d'une tumeur maligne sur la cicatrice.

Joseph V. ..., 42ans, cafetier, de Saint-Siméon de Bressieux entre une première fois à la clinique au mois de mai 1894.

Goitre énorme, depuis dix-sept à dix-huit ans, qui s'est beaucoup accru depuis deux ans. Voix bitonale. Exothyropexie. Six mois après, la tumeur a encore le volume d'une mandarine elle est cautérisée profondément. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu.

Il revient deux ans après, en 1896. Il peut travailler, la respiration est un peu gênée et la voix faible. Dans la cicatrice font saillie des nodules kystiques de la grosseur et de la couleur d'un grain de raisin noir.

Cette première partie de l'observation a été publiée dans la thèse de M. Bérard, p. 328.

Le malade se présente de nouveau à l'Hôtel-Dieu, au mois d'avril 1897, pour une tumeur développée dans la cicatrice, et

des troubles respiratoires profonds. Il y a quelques mois, hémorrhagie très abondante. Depuis deux ou trois mois, dyspnée au moindre mouvement. Actuellement, au niveau de la cicatrice, masse bosselée, rougeâtre, recouverte en partie d'une peau adhérente, fixée aux parties profondes, s'étend surtout à droite sous le sterno-cleido-mastoïdien et en arrière du sternum.

RÉSULTATS

Au moment où surviennent les troubles de la déglutition, de la respiration et les phénomènes de compression du côté des vaisseaux et des nerfs du cou, le néoplasme a franchi sa capsule pour s'infiltrer rapidement dans les régions voisines. C'est à cette époque aussi que les métastases se développent dans les os ou dans les viscères et que la marche s'accélère de façon redoutable. Aussi ne faut-il pas s'étonner des très mauvais résultats donnés par le traitement palliatif.

Dans les cas de sténose œsophagienne, le *cathétérisme* permet, pendant quelque temps, d'alimenter le malade. Mais son emploi est difficile et douloureux, la sonde fixée à demeure est souvent mal supportée. Le malade souffre, se nourrit mal, et meurt rapidement.

Les suites habituelles de la *trachéotomie* sont aujourd'hui bien connues. Il existe très peu de cas où cette opération ait procuré un soulagement réel au malade. Une statistique de Braun montre que, sur dix malades, un mourut avant la fin de l'opération, deux immédiatement après, six dans les quatre jours suivants, et enfin qu'un seul vivait

encore le douzième jour après l'intervention. M. Poncet a obtenu des résultats analogues.

Les malades ne retirent donc aucun bénéfice de la trachéotomie. Ils meurent, pour la plupart, pendant la première semaine qui suit l'opération, et les plus favorisés survivent une quinzaine de jours. Chez quelques-uns, cependant, les accidents respiratoires diminuent d'intensité, et la vie devient tolérable pendant quelque temps.

La circumtomie, la libération longitudinale de la trachée et les incisions libératrices sont rarement suivis d'effets utiles. Neuf fois, ce traitement a été illusoire, puisque le malade le plus heureux a survécu dix-huit jours seulement. Trois fois, il y eut une amélioration sérieuse. Le cas du malade de M. Adenot paraît exceptionnel, mais il est très démonstratif; après la libération de la trachée, la malade vécut huit mois encore, complètement indemne de troubles respiratoires et capable de vaquer à ses occupations habituelles.

Quant à l'exothyropexie, elle est souvent insuffisante et doit être complétée par une trachéotomie. Dans deux cas cependant, M. Jaboulay a vu non-seulement l'état du patient s'améliorer, mais aussi les tumeurs osseuses métastatiques diminuer de volume. Les malades, il est vrai, moururent ensuite de généralisation pulmonaire.

Lorsque le chirurgien est obligé de recourir au traitement palliatif, les lésions sont si avancées, qu'il est impossible de ralentir leur évolution. Après la trachéotomie, la dyspnée persiste souvent, parce

que la tumeur comprime la partie inférieure de la trachée, et le malade finit par mourir de suffocation. Contre la cachexie, les infections concomitantes, les hémorrhagies, les généralisations cancéreuses, la thérapeutique est impuissante et, *si les procédés palliatifs peuvent améliorer, de façon passagère, la situation du patient, ils n'ont presque jamais une efficacité durable.*

C. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

La connaissance des conditions qui président au développement du goitre malin, l'étude de son évolution anatomique et des résultats qu'il est permis de demander à l'intervention chirurgicale, nous indiquent la ligne de conduite à suivre dans le traitement de cette redoutable affection.

1^o Le cancer du corps thyroïde succède habituellement à un goitre simple, dont l'allure a été inoffensive, souvent depuis de nombreuses années. Peut-être cette transformation maligne d'un goitre préexistant est-elle plus fréquente encore que l'indiquent nos observations, parce que, chez les individus appartenant à la catégorie sociale qui fréquente les hôpitaux, une petite tumeur thyroïdienne passe souvent inaperçue. D'autre part, cette dégénérescence est d'une fréquence relative assez considérable; le nombre des observations recueillies dans les seuls hôpitaux de Lyon en est une preuve. Enfin, une fois installée dans la glande thyroïde, sa marche

est presque irrésistiblement fatale; les mauvais résultats du traitement en font foi. C'est pour ces raisons multiples : fréquence de la transformation maligne d'un goitre antérieur, et impuissance notoire du traitement chirurgical, que le meilleur moyen de combattre le cancer est de supprimer sa cause, c'est-à-dire le goitre. *L'éventualité d'une transformation maligne d'un goitre simple constitue donc une indication réelle d'ablation précoce de ce goitre.*

2° *Le cancer est encore encapsulé.* Chez un individu âgé, un ancien goitre grossit brusquement, et son accroissement s'accompagne de douleurs, de dysphagie, de troubles de la voix et de la respiration. Le diagnostic est alors incertain, mais la tumeur doit être considérée comme suspecte et il ne faut pas attendre, pour opérer, l'apparition des ganglions ou la venue des signes classiques du cancer thyroïdien. C'est à cette période seulement que le traitement chirurgical peut être efficace; on doit intervenir rapidement, sans crainte de faire une erreur de diagnostic, inévitable dans certains cas, mais profitable cependant au malade, qui sera débarrassé d'un goitre gênant.

Et, de même, lorsqu'une tumeur thyroïdienne se développe d'emblée avec une allure anormale et rapide, chez un sujet jeune, et à plus forte raison, chez un vieillard, l'extirpation doit en être pratiquée dès que l'apparition de symptômes suspects fait douter de sa nature bénigne.

L'étude des résultats opératoires éloignés a

montré que le traitement curatif n'a une influence durable que sur *les tumeurs enlevées au moment où elles végètent encore à l'intérieur de la glande ou de sa capsule*. Il est difficile de saisir les tumeurs à cette période, parce que leur nature ne peut pas alors être diagnostiquée avec une certitude absolue. Et, cependant, en se basant sur l'âge des malades et sur l'allure générale de la tumeur, on peut et on doit faire un diagnostic probable et suffisant pour légitimer l'intervention, parce qu'il est de toute nécessité de supprimer le cancer à ce stade de son évolution. Ensuite, il est trop tard.

Quel procédé opératoire faut-il employer?

L'énucléation massive et l'énucléation intra-glandulaire sont des opérations très simples qui doivent être pratiquées de préférence, mais seulement lorsque le néoplasme est encore nettement encapsulé.

Elles deviennent insuffisantes et exposent à une récurrence à peu près fatale, dans le cas contraire.

La thyroïdectomie partielle est l'opération de choix dans ces derniers cas, parce qu'elle supprime tout le lobe qui contient des noyaux suspects et dépasse ainsi largement les limites du mal. Elle doit être accompagnée de l'ablation des ganglions malades. La gravité immédiate n'est pas beaucoup plus grande que celle des énucléations et ses résultats éloignés sont bien meilleurs. Malheureusement, elle est insuffisante dans les cas où la glande thyroïde a subi une transformation maligne totale.

Des lésions aussi étendues ne se rencontrent que d'une façon exceptionnelle au début de l'évolution

du cancer. Lorsque ce diagnostic est établi de façon certaine on pourra songer à la thyroïdectomie totale, malgré ses dangers immédiats bien connus et les craintes, malheureuses trop justifiées par les faits, d'une généralisation rapide. Cette opération est permise dans le cancer parce que le malade est voué à une mort certaine si on n'intervient pas, et que, d'autre part, la venue de la cachexie strumiprive est loin d'être fatale, comme le montrent certaines observations,

3° *La tumeur a franchi sa capsule et les ganglions sont envahis.* Les indications opératoires sont plus délicates et varient avec les chirurgiens.

En présence des mauvais résultats immédiats et consécutifs des opérations faites dans de telles conditions, beaucoup de chirurgiens, en France surtout, s'abstiennent complètement. Les malades opérés dans ces conditions sont morts des suites de l'intervention, ou bien ont récidivé rapidement. M. Poncet estime qu'en pareille occurrence, il vaut mieux renoncer à toute tentative de traitement curatif.

Il existe, cependant, des exemples de succès durables à la suite des larges exéreses nécessitées par un néoplasme infiltré dans le cou. Bœckel, Roux, etc., ont été obligés, pour faire une ablation complète de réséquer les gros vaisseaux, le sympathique, des morceaux de trachée et d'œsophage et, parfois, ils ont obtenu des guérisons définitives.

Par suite, chez un individu résistant, on peut opé-

rer encore dans ces circonstances, à condition de ne reculer devant aucun sacrifice, et de couper tout ce qui est malade, en sachant bien que cet énorme traumatisme n'aura probablement aucun résultat utile.

4° Lorsque la glande thyroïde est envahie dans sa totalité, ou bien, que la dégénérescence, d'abord limitée à un lobe, et parvenue ensuite à la phase de végétation extra-capsulaire, s'est propagée aux organes voisins, ganglions, vaisseaux, trachée, œsophage, il faut renoncer aux essais de traitement curatif. On doit se contenter de combattre les symptômes les plus pénibles pour le malade, au moyen des procédés palliatifs que nous avons décrits et dont l'efficacité est bien éphémère.

CONCLUSIONS

C'est en nous appuyant sur 83 observations recueillies à la clinique de M. Poncet et dans les services des hôpitaux de Lyon que nous avons écrit cette étude du goitre cancéreux, dont les grandes lignes peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

Contrairement à l'opinion généralement admise, la thyrocarcinose est une affection relativement fréquente, qui se développe principalement sur une glande malade, c'est-à-dire sur un goitre, en désignant sous ce nom toute une série de lésions caractérisées cliniquement par l'augmentation de volume du corps thyroïde. C'est donc dans les régions goitri-

gènes qu'il faut rechercher la strume maligne, qui paraît chose rare, parce que, dans de nombreux pays, le goitre lui-même est exceptionnel.

Le cancer thyroïdien s'observe dans une proportion à peu près égale, chez l'homme et chez la femme. Son maximum de fréquence se trouve de 40 à 60 ans.

Au point de vue anatomique, le cancer thyroïdien présente deux aspects très différents, suivant qu'il est à la période de végétation intra-capsulaire ou extra-capsulaire. Cette distinction a une grande importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Il s'agit, presque toujours, d'un épithéliome glandulaire; les sarcomies sont beaucoup plus rares, et on a peut-être désigné souvent sous ce nom des tumeurs épithéliales très embryonnaires.

Il est difficile, parfois, de séparer certaines néoformations adénomateuses d'autres tumeurs qui sont de véritables épithéliomes; la malignité d'une tumeur résulte à la fois de sa structure anatomique et de son évolution clinique.

Dans beaucoup de cas, le cancer thyroïdien a une malignité spéciale. Il donne lieu à des troubles divers simulant la maladie de Basedow. Dans d'autres cas, il engendre une cachexie rapide et spéciale.

Le traitement est subordonné à la forme et à l'étendue des lésions. En dehors des formes de dégénérescence encapsulée, les tentatives d'extirpation complète sont habituellement inutiles.

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 juin 1900.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

des ouvrages consultés.

- ADENOT. — Traitement palliatif du cancer du corps thyroïde.
Xe Congrès de Chirurgie.
- ALBERT. — *Wien. Med. Presse*, 1881, pp. 73 et 172.
— Vier Falle von Strume metastase in Knochen. *Wien. Klin. Wochen.*, 1897.
- ALBERTIN. — Le cancer thyroïdien. *Province Médicale*, Lyon, 1888.
- ANDRESEN. — Ein fall von Carcinom der Schilddrüse nebst Lymphdrusen Metastasen. Wurtzbourg, 1892.
- AUGIER. — Thyroïdectomie partielle. Thèse de Lyon, 1892.
- BAADER. — Carcinome primitif de la thyroïde. *Corresp. f. Schweiz. Aerzte*, 1881.
- BACHMANN. — Über das Wachsthum des Struma-carcinoms. *Centralblatt für Allgemeine Pathologie*, 1896.
- BAGINSKI. — Carcinom der Schilddrüse. *Berlin. Klin. Wochen.*, 1891.
- BALLET. — Tumeur cancéreuse du corps thyroïde propagée au larynx. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1878.
- BALSAMO. — *Riforma Medica*, 1892.
- BARD. — Cancer latent du corps thyroïde. Lyon. Thèses d'Orcel de Bertrand et de Gruïé.
- BASSINI. — Congrès italien de Chirurgie, 1889.

- BAUROVICZ. — Sur les tumeurs thyroïdiennes développées à l'intérieur du larynx et de la trachée. — *Arch. f. laryng.*, 1898.
- BÉRARD. — Fièvre thyroïdienne après les opérations du goitre. *Société de Médecine de Lyon*, 6 décembre 1897. — Thérapeutique chirurgicale des goitres. Thèse de Lyon, 1896.
- BERGER. — Epithéliome du corps thyroïde. Thyroïdectomie totale. Cachexie strumiprive passagère. *France Médicale*, 1889.
- Congrès de Chirurgie, 1897.
- BERTRAND. — Formes aiguës et formes latentes du cancer thyroïdien. Thèse de Lyon 1896.
- BILLROTH. — Über Scirrhus glandulæ thyroideæ. *Wien. med. Wochen* 1888.
- BIRCHER. — Sammlung. klin. Vortrage, Leipzig, 1882.
- BIRCH-HIRSCHFELD. — Lehrbuch des pathologischen. Anatomie.
- BISHOP, — Décurrent carcinoma of the female breast entirely disappearing under the persistent use of thyroid extract continued eighteen months. *The Lancet*, 1898.
- BLIX. — Tumeur du médiastin partie de la glande thyroïde. Hygiea, 1875. Analysé in *Revue de Hayem*, t. 9.
- BOECKEL. — Sarcome du corps thyroïde. *Gazette des Hôpitaux*, 1884.
- Sarcome du corps thyroïde. Extirpation. *Bulletin de Thérapeutique médicale*, 1879.
- BOETTICHER. — Über struma maligna. Thèse de Wurtzbourg, 1894.
- BOILEAU. — Goitre cancéreux. *Arch. générales de Méd.*, 1835.
- BORNHOLDT-HEINRICH. — Beitrag zur casuistik und chirurgischen Behandlung des Kropfes. Thèse de Kiel, 1899.
- BORMAN. — Influence de la thyroïdine sur les échanges azotés. Médecine, 1895. Analysé dans *Presse Médicale*, 1896.
- BOUCHER. — Cancer du corps thyroïde. *Bull. Soc. anat.*, 1867.
- BOYER. — De la thyroïdectomie. Thèse de Lyon, 1883.
- BRASE. — Über die Resultate der Kropfextirpation. Thèse de Halle, 1898.
- BRAUN. — Beiträge z. Kenntniss der Struma maligna. *Berl. Klin. Wochen.*, 1882.

- BRINDEL et LIARAS. — Soc. anat. Bordeaux, 1895 (Voir thèse de Dubac).
- British Medical Association.* — Discussion on the surgical treatment of cystes, adenomata and carcinoma of the thyroïd gland and accessory thyroïd. *The Lancet*, 1895.
- BRISAUD. — Myxœdème thyroïdien et myxœdème para thyroïdien. *Presse médicale* 1898.
- BROCA. — Traitement des tumeurs du corps thyroïde. *Gaz. hebdomadaire*, 1890.
- Epithéliome et carcinome thyroïdiens. In traité de Chirurgie Duplay et Reclus, 1888.
- BRUCE CLARKE. — Gomme de la thyroïde. *The Lancet*, 1899, Analysé in *Annales de Gouguenheim*, 1898.
- BRUNS. — Tuberculose du corps thyroïde. Beitrage f. Klin. Chir., 1893.
- BUFNOIR et MILLIAN. — Epithélioma de la thyroïde. Société anat. Paris, 1898.
- BUSACHI. — Cancro a cellule pavimentosa della glandula tiroïdea. *Gaz. degli Osp.*, 1891.
- CARLE. — Metastasierender Schilddrüsentumor. Italienische Gesellschaft. (*Wien. med. Wochen.*, 1897.
- Contributo alla Chirurgia del tiroïde, p. 35. Tipografia Roux Frassati, Torino 1899.
- CARRANZA ENRIQUE. — Über maligne Tumoren der Schilddrüse und ihre Behandlung. Thèse de Strasbourg, 1897.
- CARRINGTON. — Cancer du corps thyroïde. *Medic. Times*, décembre 1886).
- CASELLI. — *Riforma Medica*, 1889.
- CHASSAIGNAC. — Cancer du corps thyroïde. Bronchotomie, *Bull. Soc. Chirurgie*, tome I, p. 278.
- COATS. — Transact, of. the path. Soc. London, 1887.
- COIGNET. — Cancer de la thyroïde. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1893.
- CONHEIM. — Goitre gélatineux avec métastases. *Arch. f. Path. An. und Phys.*, t. LXVIII. Analysé in *Revue de Hayem* p. 524.
- COOKE. — Tumeurs de la thyroïde. *British med. Journal*, 1895.

- CORNIL. — Epithéliome du corps thyroïde. *Archives de Physiologie*, 1872.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, t. III, p. 989.
- COULON. — Sur le cancer du corps thyroïde. Thèse de Paris, 1883.
- CRAMER. — Beitrag zur Kenntnis der Struma maligna. *Arch. f. Klin. Ch.*, 1887.
- DEMME. — Gerhardt's Handbuch der Kinder Krankheiten, Bd. III.
— Sarcome primitif du corps thyroïde d'un enfant, avec tumeur mammaire secondaire (*Corresp. f. Schweizer Aerzte*, 1881).
- DREYER-DUFER. — Tumeur du corps thyroïde. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1893.
- DUBOE. — Contribution à l'étude de l'évolution clinique du goitre malin. Thèse de Bordeaux, 1897.
- DU CAZAL. — *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 1896.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 288.
- EBERTH. — Zur Kenntnis des Epithelioms der Schilddrüse *Virch. Arch.* 55, p. 254.
- EISELSBERG (Von). — Über Knochenmetastasen des Schilddrüsenkrebses. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 46, H. 2.
- EISELSBERG (Von). — Zur Lehre v. der Schilddrüse. *Virch. Arch.*, 1898.
— Ueber physiologische Funktion eines um Struma zur Entwicklung gekommenen krebsigen Schilddrüsenmetastase. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894.
— Métastases des goitres cancéreux. *Berliner Klinische Wochen.*, 1894.
- ENGEL-REIMERS. — Ueber Schilddrüsenanschwellung in der Frühperiode der Syphilis. *Centralblatt f. Chir.*, 1895.
- ERLANGER. — Tumeurs du corps thyroïde. Thèse de Wurtzbourg, 1897.
- EWALD. — Die Krank. der Schilddrüse. In *Specielle Pathologie und Therapie*.
— De l'iode dans un adéno-carcinome de la thyroïde et ses métastases. *Wien. Klin. Wochen.*, 1896.

- EWALD. — La médication thyroïdienne. Compte-rendu du Congrès de Wiesbaden, in *Presse médicale*, 25 avril 1896.
- FERRARI. — Contribution à l'étude des glandules parathyroïdiennes. Thèse de Genève, 1897.
- FEURER. — Paradoxe Struma metastase. *Centralb. f. Chir.*, 1891.
- FIRBAS. — Maladie du corps thyroïde chez l'enfant. *Jahr. f. Kind.*, XLI, p. 281.
- FIRTH LACY. — Sarcome primitif du corps thyroïde. *Annales de Gouguenheim*, 1899.
- FISCHER. — Carcinome du corps thyroïde pénétrant dans l'intérieur de la trachée. In Thèse de Lemoine, Paris, 1900.
- FRÄNKEL. — Ueber Tracheal und Schilddrüsen syphilis. *Deut. Med. Wochen.*, 1887.
- Ueber Schilddrüsen tuberculose. *Virchows Arch.* Bd CIV.
 - Ueber ein Fall von prim. Melanosarkom der Schilddrüse. *Prag. Med. Woch.*, 1897.
- FRANCK et GUNTERMAN. — Carcinome kystique du corps thyroïde. *Medicine*, janvier 1897.
- FRIEDLAND. — Ueber ein Fall von Schilddrüsenkrebs ohne Vergrößerung des Organs. *Prag. Med. Wochen.*, 1896, n° 10.
- FURER KARL. — Einige Faelle von metastasierenden Schilddrüsen geschwulsten. Thèse de Kiel, 1889.
- GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde. *Revue de Médecine*, 1900.
- GAUTIER. — Arsenic et corps thyroïde. — Académie de Médecine, 5 décembre 1899.
- GATTI (Gerolamo). — Sarcome de la thyroïde. Rapide développement à la suite d'infection par le streptocoque pyogène. *Revue de Chirurgie*, 1895.
- GAYET. — Cancer du corps thyroïde. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1895.
- GERNEL. — Métastase goitreuse. *Arch. f. path. anat. and Phys.*, t. XLVI, p. 524.
- GIRAudeau. — *Revue de Médecine*, 1884.
- GLUZINSKI et LEMBERGER. — Influence du traitement thyroïdien sur l'équilibre azoté de l'organisme. *Central. f. innere Med.*, 1897.
- GOEBEL. — Ueber eine Geschwulst von schilddrüsenartige Bau im Femur. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, Bd XLVII.

- GOEHTZ (Paul). — Ein Fall von Struma maligna. Thèse de Greifswald, 1890.
- GOMBRIC. — Observations de goitres cancéreux. *Bull. Société anat.*, 1841.
- GOSSELIN. — Goitre suffocant cancéreux. Trachéotomie. Mort. *Bull. Soc. Chirurgie*, 1861.
- GRANT. — Tumeur maligne du corps thyroïde. *London lar. Soc.*, 11 novembre 1896.
- GREKOV. — Zur Frage der Ligature venæ jugularis communis. *Bolnitschnaya Gasetta Botkine*, 1899. *Jahr. f. Chir.*, 1899.
- GRUIÉ. — Formes médicales du cancer thyroïdien. Thèse de Lyon, 1899.
- GULLIVER. — Malignant disease of thyroid. *Brit med. Jour.*, mars, 1886.
- HABERSON. — Carcinome du corps thyroïde. *Transact. of. path. Soc.*, 1845.
- HAHNE HERMANN. — Ein Fall von Struma carcinomatosa. Thèse de Wurtzbourg, 1898.
- HASE. — Ein Fall non Struma maligna (Struma sarcomatosa). München, 1897.
- HARMER. — Métastase goitreuse dans le nez. *Wien klin. Wochen*, 1899.
- HARRIS VINCENT. — Tumeur maligne du corps thyroïde avec envahissement des ganglions du cou et cancer de l'œsophage. Mort. *St-Barth. hosp. Reports*, vol. XI.
- HAYEM. — Leucémie thyroïdienne. *Société médicale des Hôpitaux*, décembre 1887, juillet 1888.
- HEIMANN. — Die Verbreitung des Krebskrankung. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1898.
- HEINLEIN. — Carcinom des link. Schilddrüsenlappen. *Munch. med. Woch.*, 1897.
- HELLEND AHL. — Compression de la veine cave par un goitre cancéreux. Berlin. *Société de médecine interne*. Février 1899.
- HENSELL. — Uber metastasirende Strumen. *Beitrag f. Klin Chir.*, XXIV.
- HESSE. — Struma maligna in venas progrediens. Diss. Wurtzbourg. 1895.

- HOBBS et BÉGOUIN. — Tumeur thyroïdienne. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897. Voir thèse de Dubœ.
- HOCHGESAND. — Die Kropfoperationen, on der chir. Klin. zu Heidelberg. *Beit. J. Klin Chir.* Bd VII.
- HOFMANN. — Vier Faelle von Struma metastasen in Knochen. *Wien. klin. Woch.*, 1897.
- HOFMEISTER. — Goitre aberrant du sein gauche. *Beitrage f. klin. Chir.*, XX.
- HINTERSTOISSER. — Beitrage zur Lehre vom Schilddrüsenkrebs. *Central f. Chir.*, 1893.
- HOLMES. — Traité de chirurgie, 1875.
- JABOULAY. — Goitre malinet exothyropexie, ablation de la poignée du sternum. *Lyon Médical*, 1896.
Observations de cancer thyroïdien. In thèse d'Orcel, de Bertrand, de Sargnon.
- JÆGER. — Uber Strumametastasen. Thèse de Zurich, 1897.
- JAUPITRE. — Tumeurs du corps thyroïde. Thèse de Paris, 1876.
- JAYLE. — Sarcome de la thyroïde. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1893.
- KAUFMANN. — Struma maligna, Thèse analysée in *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1879.
- KAUFMANN. — Goitre rétro-pharyngo œsophagien. *Deutsche Zertschrift f. Chir.*, 1883.
- KOCH. — Tumeur thyroïdienne. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, 1885.
- KOCHER. — 1.000 Kropfoperationem. *Corresp. f. Schweitzer Aerzte*, 1895.
— Eine neue serie von 600 Kropfoperationen. *Corresp. f. Schweitzer Aerzte*, 1898.
- KOPP. — Remarques sur deux cents opérations de goitres. Thèse de Lausanne, 1897 et *Revue de la Suisse romande*, 1897.
- KORDUA. — Un cas de thyroïdite chronique. 25^e Congrès allemand de Chirurgie.
- KRISHABER. — Etude sur le cancer du corps thyroïde. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882.
- KUMMER. — Sarco-adénome de la thyroïde. *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1898.
- KÜTTNER. — Goitre syphilitique. *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 970.

- LABBÉ. — Tumeur du corps thyroïde *Bull. Soc. anat. Paris*, 1895.
- LEBERT. — Krankheiten der Schilddrüsen. Breslau, 1862.
- LEBOVICZ. — Extirpations de goîtres. *Gazette hebdomadaire*, 1882.
- LE FUR. — Epithéliome du corps thyroïde. *Soc. anat. Paris*, 1898.
- LEMOINE. — Etude sur les tumeurs de la trachée. Thèse de Paris, 1900.
- LETULLE et MESLAY. — Cancer latent du thyroïde. *Bull. Soc. anat.* 1894.
- LIMACHER. — Über Blutgefässendotheliom mit einem Anhang über Knochenmetastasen bei Struma maligna. *Virch. Archiv.*, 1897.
- LÖSCHER WERNER. — Über die in den letzten Jahren in der Erlanger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangten Fälle von Schilddrüsengeschwülsten. Thèse d'Erlanger, 1898.
- LÜCKE. — Les affections du corps thyroïde. Stuttgart, 1876.
— Cancroïd der Schilddrüse mit sehr akuten Verlauf. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. IX, 1867.
- LÜCKE. — Einfacher Gallerkropf mit Metastasen. *Virchow's Archiv.*, 1876.
- MADLUNG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XXIX.
— Thèse de Carranza, Strasbourg, 1897.
- MACKENZIE. — Sarcome du corps thyroïde. *Medical Times and Gaz.*, vol. II.
- MAGNUS LÉVY. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'opothérapie thyroïdienne. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1897, vol. XXXIII, p. 269.
- MAKINS. — Removal of a secondary epitheliomatous tumor, etc. *Clinic. Soc. of Lond. Medical Press*, 1896.
- MARCHAND. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1884.
- MARCHANT. — Nombreuses métastases d'un goitre en apparence bénin. *Berliner klinische Wochen.*, 1894.
- Martin DURR. — Epithéliome du corps thyroïde, métastases. *Bull. Soc. anat.*, 1894.
- MATHIEU. — Cancer du corps thyroïde, du cœur et du poumon. *Progrès Médical*, 1882.

- MATHIEU. — Sarcome du corps thyroïde et des ganglions cervicaux. *Progrès Médical*, 1882.
- MAYET. — *Archives générales de Médecine*, 1900.
- MAYOR. — *Bull. Soc. anat.*, 1881.
- MERMET et LACOUR. — Epithélioma tubulé du corps thyroïde. Propagation laryngo-trachéale. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1896.
- METZNER. — Ueber einen Fall von struma mts. multiplen Knochen metastasen. Thèse de Marbourg, 1894.
- MEYER. — Über das maligne Adenom der Schilddrüse. *Arch. f. Laryng.*, 1896.
- MIDDLEDORPF. — Zur kenntniss der Knochenmetastasen bei Schilddrüsen tumoren. *Arch. f. klin Chir.*, 1894. S. 502-508.
- MORRIS. — A case of cancer of the thyroïde gland. *The Lancet*, 1894.
- MOUISSET. — Cancer latent du corps thyroïde. In thèse Gruié, Lyon 1899.
- MULLER. — *Ienaische Zeitschrift für Medecin und Naturwissensch.*, 1871.
- NÉLATON. — Traité de Path. externe, t. III, p. 381.
- NORRIS WOLFENDEN. — Epitelioma of the thyroïd gland and trachea. *Journal of Laryng.*, 1890.
- ORCÈL. — Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde. Thèse de Lyon, 1888-1889.
- Cancer du corps thyroïde. *Province Médicale*, 1889.
- OSER. — Observation de tumeur maligne ayant ulcéré la carotide. In Möbius, p. 49.
- PARMENTIER. — *Bulletin Soc. anat. Paris*, 1889.
- PAYNE. — Cancer du corps thyroïde. *British med. Journal*, 1870.
- PETRAKIDES APOSTOLOS. — Ein Fall von Struma maligna Wurtzbourg, 1892.
- PFEIFFER. — Tumeur du corps thyroïde. Thèse de Wurtzbourg, 1897.
- PALTAUF, — Ziegler's Beiträge, Bd IX.
- PAUL. — Tumeurs du corps thyroïde. *Brit. med. Journal*, 3 juillet 1897.
- PESME. — De l'extirpation du goitre. Thèse de Strasbourg, 1868.

- PEYROT. — Cancer du corps thyroïde. *Soc. chir. Paris*, XI.
- PIC. — Note sur un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soleires et jumeaux. *Lyon Médical*, 1^{er} juillet 1888,
- PLANTEAU. — Tumeurs de la parotide. Thèse de Paris, 1896.
- POLLOSSON. — Goitre et cancer œsophagien. *Prov. Méd.*, 1889.
- PONCET. — Discussion sur la thyroïdectomie dans le cancer du corps thyroïde. Société nationale de Médecine. *Lyon Médical* 1887.
- Cancer de la thyroïde. *Gazette Hebdomadaire*, 1893.
- Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde. Congrès de Chirurgie, 1889.
- PONCET et RIVIÈRE. — Cancer thyroïdien. Congrès de Chir. 1899.
- PORTE. — Cancer du corps thyroïde. *Lyon Médical*, 1891.
- RABE. — Sarcome du corps thyroïde. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1897.
- REVERDIN. — Tumeur du corps thyroïde. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1897.
- *Revue médicale de la Suisse romande*, 1887.
- REYMANN. — Zur Casuistik der Nebenkrop f. Eine Aorten Struma. Fribourg 1898.
- RIEDEL. — Thyroïdite chronique. 25^e Congrès allemand de chirurgie.
- RITTER PETER. — Ein Fall von Schilddrüsen krebs. Thèse de Munich, 1890.
- ROLLET. — Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë. *Gazette Médicale de Paris*, 19 et 26 mai 1888.
- ROSE. — Die chirurgische Behandlung der carcinomatösen Struma. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXIII.
- ROUX. — Remarque sur 115 opérations de goitre. *Central. f. Chirg.* 1891.
- RUNGE. — Carcinome de l'atlas, secondaire à une tumeur du corps thyroïde. *Arch. f. path. Anat.*, tome LXVI, p. 366.
- SARGNON. — Tubage et trachéotomie. Thèse de Lyon, 1899.
- SCHMIDT. — Carcinome de la thyroïde. *Deutsche med. Wochens.* 1890.
- SCHILLER. — Opérations de goitre à la clinique de Heidelberg. *Beitrage. Klin. Chir.*, 1899.

- SCHLAPFER. — Total extirpation enes Struma sarcomatosa. *Corresp. f. Schweitzer Aerzte*, 1881.
- SCHMALBACH. — Beitrag zur Casuistik der Struma maligna. Wurtzburg, 1893.
- SCHMIDT. — Ein Fall von Scirrhus der Thyroïdea. Thèse de Wurtzburg, 1892.
- SCHMIDT MARTIN. — Ueber Secretions vorgäge in Krebsen der Schilddrüse, und der Leber und ihren Metastasen. *Virch. Archiv*. Bd CXLVIII. 1897, S. 43-92.
- SCHMUTZIGER. — Beitrage zur path. Anatomie der Schilddruse. *Corresp. f. Schw. Aerzte*, 1882.
- SCHUTT. — Beitrage zur Lehre von den Schilddrusentkrebs. Thèse de Kiel, 1891.
- SCHWARTZ. — Abscess tuberculeux du corps thyroïde. *Arch. de laryngologie*, 1894.
- SEMON. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1882.
- SERENIN. — Malign. Adenome embryon. Schilddrüse. Let. russkaï chir. 1896. In *Jahresbericht Chir.*, 1896.
- SHATTOCK. — *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1888.
- SIEVENKINH. — Dégénérescence sarcomateuse de la glande thyroïde avec sarcomatose généralisée. *Centralb. f. inner med.*, 1894.
- SMITH. — Cancer de la thyroïde. *Brit. med. Journ.*, 1890.
- SOLIS COHEN. — Sarcoma of the thyroïd gland. *New-York med. Journal*, 1889.
- SPEYER. — Struma maligna. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. *Cent. f. ch.*, 1893.
- STRECKEISEN. — *Arch. de Virchow*. Bd. CIII.
- SULZER. — Bericht über 200 Kropfoperation. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, Bd. XXXVI.
- TAILHEFER. — Affection cancéiforme de la thyroïde. *Revue de chirurgie*, 1898.
- TANSINI IGINIO. — Sulla metodica estirpazione del gozzo. *Giorn. del. R. Acad. di Torino*, 1880.
- TILLAUX. — Sarcome du corps thyroïde. Extirpation. Guérison. Paris, *Société de Chirurgie*, 1881.
- THORBURN. — Sarcoma of the thyroïd gland. *The Lancet*, 1898.
- TIFFANY and LANIER. — Primary sarcome of the thyroïd gland. *Annals of surgery*, 1897.

- TILLMANN. — *Spezielle Chirurgie*, 1896.
- TRELAT. — Extirpation d'un goitre cancéreux. Mort. *In* thèse Boursier, Paris, 1883.
- TURNER. — Tumeur thyroïdienne. (Lond. clin. Soc. 1890, in *British. med. Journal*, 1890.
- USIGLIO. — Sui tumori della tiroide. Trieste. (Balestra 1895).
- VALLERIAN. — Sarcome pulsatile du corps thyroïde. *Bull. Soc. anat.*, 1874.
- VAN STRAATEN. — Drei Falle von Carcinom der Schilddrüse. thèse de Fribourg, 1898.
- VEAU. — Branchiomes malins. *Revue de Chirurgie*, 1900.
- WEBSTER. — *Weech. Med. Rev. Chicago*, 1885.
- VILLAR. — Epithéliome du corps thyroïde, *in* thèse Duboe Bordeaux, 1899.
- WINGRAVE. — *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1898, p. 395.
- VITRAC. — Kyste hydatique du corps thyroïde. *Revue de Chirurgie*, 1897.
- WOLFLER. — Traitement chirurgical du goitre. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1879.
Ueber Entwicklung und Ban des Kropfes. *Arch. f. Klin. Chir.* 29.
- WURHMANN. — Die Struma intrathoracica. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.* 1898, vol. 43.
- ZAHN. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, XXIII.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE.....	5
ETIOLOGIE.....	9
1° Influence du milieu sur le développement de la thyro-carcinose.....	10
2° Influence des conditions individuelles.....	15
3° Influence de l'état de la glande.....	21
Conclusions.....	23
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	25
A. — Description macroscopique.....	25
1° Lésions du corps thyroïde.....	26
2° Rapports de la tumeur avec les organes voisins	34
B. — Histologie.....	46
Classification.....	46
I. — Cancer épithélial.....	47
1° Type embryonnaire, très malin.....	50
2° Type de malignité atténuée.....	51
3° Type de malignité moyenne.....	51
Appréciation de la malignité d'une tumeur	60
II. — Cancer conjonctif.....	62
Cancer à cellules rondes....	63
Cancer à cellules fusiformes.....	63
III. — Cancer endothélial.....	65

	Pages
Etude des métastases.....	66
Nature du goitre métastatique.....	67
1° Etiologie des métastases.....	68
2° Pathogénie.....	76
3° Structure.	
a) Macroscopique.....	79
b) Histologique.....	83
PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.....	89
A. — Hyperthyroïdation et dysthyroïdation dans la thyro-carcinose.....	91
B. — Hypothyroïdation et rôle des métastases.....	99
SYMPTOMATOLOGIE.....	103
I. — <i>Symptômes</i>	104
<i>Période de début</i>	104
<i>Période d'état</i>	106
Signes physiques :	
1° Etude de la tumeur.....	110
2° Ses rapports avec les parties voisines ..	112
3° Signes des métastases.....	114
Signes fonctionnels.....	119
Signes généraux	124
Observations et conclusions.....	127
<i>Terminaison</i>	140
II. — <i>Evolution et formes cliniques</i>	142
A. — Cancer subaigu.....	143
Observations.....	146
B. — Cancer aigu.....	166
Observations.....	168
C. — Cancer latent.....	175
Observations.....	175
DIAGNOSTIC.....	185
I. — S'agit-il d'une tumeur thyroïdienne ?.....	185
II. — Cette tumeur thyroïdienne est-elle un cancer ?..	190
1° Goitre.....	190

	Pages
2 ^o Thyroïdite	199
3 ^o Tuberculose.....	199
4 ^o Syphilis.....	202
III. — Quel est l'état de la tumeur? Existe-t-il des métastases?	207
TRAITEMENT.....	211
A. — <i>Traitement curatif</i>	216
<i>Procédés :</i>	
Strumectomie, observations.....	216
Thyroïdectomie, observations	225
<i>Résultats généraux</i>	245
1 ^o Résultats de la strumectomie.....	247
2 ^o Résultats de la thyroïdectomie	249
3 ^o Leur amélioration possible	253
B. — <i>Traitement palliatif</i>	256
<i>Procédés :</i>	
I. — Cathétérisme de l'œsophage	256
II. — Trachéotomie, observations	257
III. — Tubage.....	265
IV. — Circumtomie et libération longitudinale de la trachée; observations.....	266
V. — Soulèvement de la tumeur et exothyropexie; observations.....	272
<i>Résultats</i>	278
C. — <i>Indications</i>	280
CONCLUSIONS.....	285
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	289
TABLE DES MATIÈRES.....	301

